

Vollmacht für die Abholung von Patientenunterlagen in der Frauenarztpraxis Dr. Matl

Ich, _____

geb., _____

bevollmächtige hiermit einmalig bis auf Widerruf

_____,

geb. _____

Zur Abholung von

- Rezepten
- Überweisungen
- Befunden
- _____

Diese Vollmacht kann ich jederzeit widerrufen.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Hinweis:

- Diese Vollmacht ist nur in Verbindung mit einem Personalausweis oder Reisepass gültig.