

Vollmacht für die Abholung von Rezepten, Befunden, etc. und Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Ich,

(Vorname, Name des Vollmachtgebers)

wohnhaft in

(Adresse des Vollmachtgebers)

geb. am

(Geburtsdatum des Vollmachtgebers)

bevollmächtigte hiermit

(Vorname, Name des Bevollmächtigten)

wohnhaft in

(Adresse des Bevollmächtigten)

Zur Abholung folgender Dokumente:

- Rezepte
- Überweisungen
- Befunde
- sonstiges
- alles

Die Vollmacht und Entbindung der Schweigepflicht kann von mir jederzeit, ohne Angaben von Gründen widerrufen werden.

(Ort, Datum)

(Unterschrift des Vollmachtgebers)