



Vollmacht

Zur Abholung von Rezepten, Überweisungen und Formularen durch Dritte (z.B. Angehörige)

Betrifft Patientin

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Wohnhaft in:

Hiermit bevollmächtige ich folgende Personen:

Name, Vorname:

Name, Vorname:

zur Abholung von Rezepten, Überweisungen und mich betreffenden Formulare (z.B. Krankenscheine, KH-Einweisungen) in der Gemeinschaftspraxis Dr. Werner und Frau Gillot.

Bitte teilen Sie den Bevollmächtigten mit, dass bei jeder Abholung ein gültiges Ausweisdokument vorgelegt werden muss.

Vielen Dank.

Ort, Datum

Unterschrift (Patientin; gesetzliche/r Vertreter/in)

Diese Erlaubnis kann jederzeit widerrufen werden.