

Vollmacht zur Abholung von Patientenunterlagen

BITTE IN DRUCKBUCHSTABEN UND LESERLICH SCHREIBEN !!!

Ich,

--	--

Name und Vorname des Vollmachtgebers

Geburtsdatum

--

Adresse

bevollmächtigte hiermit

1)

Name und Vorname des Bevollmächtigten

Geburtsdatum

2)

Name und Vorname des Bevollmächtigten

Geburtsdatum

3)

Name und Vorname des Bevollmächtigten

Geburtsdatum

zur Abholung folgender Dokumente (bitte ankreuzen):

- Rezepte
- Überweisungsscheine
- Befunde
- Sonstiges

Die Abholung erfolgt in der

Überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft

Gemeinschaftspraxis

Dr. med. Achim Echtermeyer

Dr. med. Karsten Gemm

Dr. med. Anne Hafer (angest. Ärztin)

Bahnhofstraße 6, 37127 Scheden

Tel.: 0 55 46 / 9 70 9-0

MVZ Dransfeld GmbH

Dr. med. Heino Wentrup

(angest. Arzt, ärztl. Leitung)

Dr. med. Ulrike Diehl (angest. Ärztin)

Lange Straße 48, 37127 Dransfeld

Tel.: 0 55 02 / 22 19

Ort, Datum

Unterschrift des Vollmachtgebers

Dem/der Bevollmächtigten ist eine gültige Versichertenkarte mitzugeben. Der/die Bevollmächtigte muss sich weiterhin mit einem gültigen Personalausweis ausweisen können.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligungserklärung ganz oder teilweise jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.