



Vollmacht zur Abholung von ärztlichen/sonstigen Unterlagen

(zutreffendes bitte ankreuzen)

Ich _____,

wohnhaft in _____,

geb. am _____, willige ein, dass

Frau/Herr _____

geb. am _____

zum Zwecke meiner Weiterbehandlung folgende Dokumente:

☐ Rezepte

☐ Überweisungen

☐ Befunde

☐ sonstiges _____

☐ alles

im Keller & friends MVZ im Zeitraum

von _____ bis _____

bis auf Widerruf

entgegennehmen darf.

Ort, Datum

Unterschrift

Bitte bringen Sie zur Abholung Ihren Ausweis (Personalausweis, Führerschein oder Reisepass) mit.