



**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

in der Frauenarztpraxis Keller im Zeitraum

von _____ bis _____

bis auf Widerruf

entgegennehmen darf.

Ort, Datum

Unterschrift

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