



## Vollmacht

### für die Abholung von Rezepten, Befunden, Medikamenten, etc.

Patient/in:

Geburtsdatum:

*Hiermit bevollmächtige ich / bevollmächtigen wir*

Bevollmächtigte Person:

Geburtsdatum der bevollmächtigten Person:

Adresse der bevollmächtigten Person:

#### *zur Abholung folgender Dokumente:.*

- Rezepte
- Überweisungen
- Atteste
- Befunde jeglicher Art
- Heil- und Hilfsmittelverordnungen
- sonstiges: \_\_\_\_\_
- alles, was für oben genannte\*n Patient\*in anfällt

#### **Diese Vollmacht ist**

- einmalig für den \_\_\_\_\_ (Datum) gültig und erlischt automatisch.
- gültig bis auf Widerruf.

Ort, Datum:

Unterschrift (ggf. Sorgeberechtigte\*r)

**Bitte beachten Sie, dass die Identität der bevollmächtigten Person (z.B. durch den Personalausweis) bei der Abholung nachgewiesen werden muss.**