

	<b>PATIENTEN</b> Organisation und Empfang <b>Patientenvollmacht</b>	Version 1	Seite 1/1
		<b>2A FB-28</b>	
		Formblatt	

**Vollmacht für die Abholung von Rezepten, Befunden etc.**

Ich,

---

Vorname, Name des Vollmachtgebers

---

Adresse des Vollmachtgebers

---

Geburtsdatum des Vollmachtgebers

**bevollmächtigte hiermit**

---

Vorname, Name des Bevollmächtigten

---

Adresse des Bevollmächtigten

---

Geburtsdatum des Bevollmächtigten

**zur Abholung folgender Dokumente**

- Rezepte
- Überweisungen
- Befunde
- Rezepte, Befunde, Überweisungen
- sonstiges \_\_\_\_\_

---

Ort, Datum, Unterschrift des Patienten (bzw. ges. Vertreters)

Bitte beachten Sie, dass die Identität des Bevollmächtigten (z.B. durch den Personalausweis) nachgewiesen werden muss.