

Vollmacht für die Abholung bzw. Einlösung von Rezepten, Befunden, etc.

Ich,

Vorname, Name des Vollmachtgebers

Adresse des Vollmachtgebers

Geburtsdatum des Vollmachtgebers

bevollmächtige hiermit

Vorname, Name des Bevollmächtigten

wohnhaft in

Adresse des Bevollmächtigten

für den Zeitraum

vom _____ bis zum _____
Datum Beginn Datum Ende

zur Abholung bzw. Einlösung folgender Dokumente

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Rezepte | <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ |
| <input type="checkbox"/> Überweisungen | _____ |
| <input type="checkbox"/> Befunde | <input type="checkbox"/> Medikamente |

Ort, Datum, Unterschrift des Vollmachtgebers