

ICH

GEBOREN AM

willige ein, dass Frau/Herr

geboren am

zum Zwecke meiner Weiterbehandlung Befunde/Aufnahmen vom
entgegennehmen darf.

Die Vollmacht gilt von bis

.....
Datum, Ort



.....
Unterschrift

Bitte beachten!

Zur Authentifizierung ist der Personalausweis, Führerschein oder Reisepass im Original oder in Kopie vorzulegen. Dies gilt auch für die zu abholende Person.

