



---

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

**Ich**

\_\_\_\_\_  
*Vorname, Name des Vollmachtgebers (Patient)*

wohnhaft in

\_\_\_\_\_  
*Adresse des Vollmachtgebers (Patient)*

geboren am

\_\_\_\_\_  
*Geburtsdatum des Vollmachtgebers (Patient)*

**bevollmächtigte hiermit**

\_\_\_\_\_  
*Vorname, Name des Bevollmächtigten (Abholer)*

wohnhaft in

\_\_\_\_\_  
*Adresse des Bevollmächtigten (Abholer)*

zur Abholung folgender Dokumente:

Rezepte

Überweisungen

Befunde

Sonstiges \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient

**Wichtig:**

**Bitte beachten Sie, dass die Identität des Bevollmächtigten nachgewiesen werden muss (durch Personalausweis / Reisepass / Versicherungskarte / Führerschein).**