



## Vollmacht für die Abholung von personenbezogenen Dokumenten in der Arztpraxis

Ich,

Name, Vorname und Geburtsdatum der/des Vollmachtgeberin/s

Adresse der/des Vollmachtgeberin/s

### bevollmächtigte hiermit

Name, Vorname und Geburtsdatum der/des Bevollmächtigten

Adresse der/des Bevollmächtigten

Teltonummer der/des Bevollmächtigten

### zur Abholung der folgenden Dokumente:

Rezepte

Überweisungen

Befunde

sonstiges:

**in der Arztpraxis** Dr. Tobias Groh, Leipziger Str. 2a, 08056 Zwickau

Ort, Datum

\_\_\_\_\_ persönliche Unterschrift der/des Vollmachtgeberin/s

Bitte beachten Sie, dass die Identität der/des Bevollmächtigten durch ein amtliches Dokument mit Bildnachgewiesen werden muss.