

Vollmacht für Angehörige

Ich

_____, geb. am _____
Vorname, Name (Patient)

bevollmächtige hiermit

_____, geb. am _____
Vorname, Name (Angehörige)

zur Abholung folgender Dokumente

- Rezepte
- Überweisungen
- Befunde (Arztbriefe, Laborergebnisse etc.)
- sonstiges

- alles

die in der **Facharztpraxis für Allgemeinmedizin Dr. Hiller & Kollegen** für mich vorliegend sind.

Mir ist bekannt, dass ich diese Vollmacht jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen kann. Bevollmächtigte Personen müssen sich dem Praxispersonal mittels amtlichen Lichtbildausweises ggf. zur Klärung ihrer Identität ausweisen.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters