

## Vollmacht zur Abholung bestellter Dokumente/Verordnungen

Meine Angaben:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geb. am: \_\_\_\_\_

wohnhaft in: Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Hiermit bevollmächtige ich die nachfolgend aufgeführten Personen damit, die für mich bestellten Rezepte, Verordnungen, Überweisungen, Atteste, Befunde, Arztbriefe oder andere medizinische Unterlagen bei Praxis Dr. Matusewicz in 67117 Limburgerhof abholen zu dürfen, sofern die Identität dieser Personen durch einen vorgelegten gültigen Personalausweis nachgewiesen wird und der Bevollmächtigte meine gültige Versichertenkarte bei der Abholung vorlegt.

Diese Bevollmächtigung kann jederzeit schriftlich teilweise oder ganz widerrufen werden.

Bevollmächtigte Personen:

Name, Vorname:	geb. am:	Straße, PLZ, Ort

Ort/Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_