

Vollmacht

Hiermit erteile ich

Name, Vorname Vollmachgeber (Patient)

folgender/n Person/en (Bevollmächtigter)

Name	Vorname	Geburtsdatum	wohnhaft in
------	---------	--------------	-------------

Name	Vorname	Geburtsdatum	wohnhaft in
------	---------	--------------	-------------

Name	Vorname	Geburtsdatum	wohnhaft in
------	---------	--------------	-------------

die Vollmacht zur Abholung folgender personenbezogener Dokumente im Augenzentrum am Johannisplatz:

 Rezepte

 Überweisungen

 Befunde

 Sonstiges _____

Ort, Datum

Unterschrift Vollmachgeber (Patient)

Bitte beachten Sie, dass die Identität des Bevollmächtigten (z.B. durch den Personalausweis) nachgewiesen werden muss. Die Vollmacht kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.