

Dr. med. Cornelia Ehnert  
Fachärztin für Allgemeinmedizin  
Schloßstraße 8a  
22041 Hamburg  
040 / 681718

### Abholermächtigung

Hiermit ermächtige ich:

\_\_\_\_\_ (Name)

\_\_\_\_\_ (Vorname)

\_\_\_\_\_ (Geburtsdatum)

folgende Personen:

Herrn / Frau: \_\_\_\_\_  
(Name, Vorname)

Herrn / Frau: \_\_\_\_\_  
(Name, Vorname)

Herrn / Frau: \_\_\_\_\_  
(Name, Vorname)

Herrn / Frau: \_\_\_\_\_  
(Name, Vorname)

Rezepte

Überweisungen

mich betreffende medizinische Unterlage (Arztbriefe, Laborbefunde, etc. )

Sonstiges: \_\_\_\_\_

in meinem Namen in der Praxis Dr. med. C. Ehnert entgegenzunehmen.

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift Patient oder Vertreter)