



Ich,

Name und Vorname des Vollmachtgebers

Geburtsdatum

Adresse

bevollmächtige hiermit

Name und Vorname des Bevollmächtigten

Geburtsdatum

Adresse

zur Abholung folgender Dokumente (bitte ankreuzen):

- Rezepte
- Überweisungsscheine
- Befunde
- sonstiges

Die Abholung erfolgt in der

Praxis Dr. Ehnert & Dr. Pietsch
Schloßstraße 8a
22041 Hamburg

Diese Vollmacht kann jederzeit ohne Angaben von Gründen ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft formlos widerrufen werden. Teilen Sie uns auch Änderungswünsche jederzeit mit, wenn Sie Angaben geändert haben möchten.

Ort, Datum

Unterschrift des Vollmachtgebers

Dem/der Bevollmächtigten ist eine gültige Versichertenkarte mitzugeben. Der/die Bevollmächtigte muss sich weiterhin mit einem gültigen Personalausweis ausweisen können.