

Vollmacht

Hiermit bevollmächtige ich Frau / Herrn (Name/Vorname).....

.....geb:.....

Rezepte, Überweisungen, Dokumente wie Arztbriefe, Laborwertausdrucke, Atteste, Pflegebögen o.ä. aus der Praxisgemeinschaft Dr. med. Pia Opheys, Dr. med. Michael Opheys ,Elisabeth Bader, Dr. med. Alexander Papenheim für mich abzuholen. Zudem bin ich damit einverstanden, dass auch Ergebnisse von meinen Praxisuntersuchungen durch o.g. Person für mich erfragt bzw. abgeholt werden dürfen.

Diese Vollmacht ist bis zu meinem Widerruf gültig.

.....
Unterschrift des Vollmachtausstellers

.....
Name, Vorname und Geburtsdatum des Vollmachtausstellers