

**Vollmacht zur Abholung von
ärztlichen/sonstigen Unterlagen**
(zutreffendes bitte ankreuzen)

Ich _____,
wohnhaft in _____,
geb. am _____, willige ein,
dass Frau/Herr _____
geb. am _____

zum Zwecke meiner Weiterbehandlung folgende Dokumente:

- Rezepte
- Überweisungen
- Befunde
- sonstiges _____
- alles

im MVZ Goldbach im Zeitraum

von _____ bis _____

bis auf Widerruf

entgegennehmen darf.

Ort, Datum

Unterschrift

**Bitte bringen Sie zur Abholung Ihren Ausweis (Personalausweis, Führerschein
oder Reisepass) mit.**