



## 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.**