***Vollmacht zur Abholung von***

***Rezepten / Bescheiden / Formularen***

Hiermit bevollmächtige ich,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Herrn / Frau

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

zur Abholung folgender Unterlagen in der Praxis frauenleben:

(zutreffendes bitte unterstreichen )

Arzneimittelrezepte / Überweisungen / Arztbriefe

sonstiges:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Der/Die Bevollmächtigte ist berechtigt, den Empfang der Unterlagen zu quittieren. Gültig ist

die Vollmacht bis auf schriftlichen Widerruf.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum

Unterschrift

Schweigepflichtsentbindung

Hiermit entbinde ich,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Herrn/Frau Dr. ………………………..von seiner/ihrer Schweigepflicht gegenüber

Herrn / Frau

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Gültig ist die Schweigepflichtsentbindung bis auf schriftlichen Widerruf.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum

Unterschrift