

## Vollmacht zur Abholung von Rezepten / Formularen / Bescheiden

Ich,

\_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_  
*Vorname, Name der/des Vollmachtgebenden*

wohnhaft in

\_\_\_\_\_  
*Anschrift der/des Vollmachtgebenden*

bevollmächtige hiermit

\_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_  
*Vorname, Name der/des Bevollmächtigten*

\_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_  
*Vorname, Name der/des Bevollmächtigten*

\_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_  
*Vorname, Name der/des Bevollmächtigten*

bis auf Widerruf zur Abholung der folgenden Unterlagen:

Arzneimittelrezepte

Überweisungen

Befunde / Arztbriefe

Sonstiges: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Ort, Datum*

\_\_\_\_\_  
*Unterschrift*