

**Vollmacht für die Abholung von Rezepten, Befunden, etc.
in der Arztpraxis Dres. Seifarth/Horska/Jarass**

Ich,

Vorname, Name des Vollmachtgebers

wohnhaft in

Adresse des Vollmachtgebers

geb. am

Geburtsdatum des Vollmachtgebers

bevollmächtige hiermit

Vorname, Name des Bevollmächtigten

wohnhaft in

Adresse des Bevollmächtigten

zur Abholung folgender Dokumente:

- ☐ Rezepte
- ☐ Überweisungen
- ☐ Befunde
- ☐ Sonstiges _____
- ☐ Alles

Ort, Datum

Unterschrift

Bitte beachten Sie, dass die Identität des Bevollmächtigten (z. B. durch den Personalausweis) nachgewiesen werden muss.