



Patientenname: _____

Anschrift: _____

Geb.-Dat.: _____

Angaben des Abholers:

Name: _____

Anschrift: _____

VOLLMACHT ZUR ABHOLUNG VON:

- Medizinischer Befunde: ____
- Rezepte: ____
- Verordnungen: ____
- Überweisungen: ____

Datum/Unterschrift der Patientin



Patientenname: _____

Anschrift: _____

Geb.-Datum: _____

Angaben des Abholers:

Name: _____

Anschrift: _____

VOLLMACHT ZUR ABHOLUNG VON:

- Medizinischer Befunde: ____
- Rezepte: ____
- Verordnungen: ____
- Überweisungen: ____

Datum/Unterschrift der Patientin