



Vollmacht für die Abholung von Rezepten, Befunden, etc.

Ich bin / wir sind mit der Abholung der von uns angeforderten Rezepte/Überweisungen einverstanden.

betrifft (Name, Vorname, Geburtsdatum)

Name, Vorname, Adresse und Geburtsdatum des Bevollmächtigten	
	<input type="checkbox"/> Rezept <input type="checkbox"/> Atteste <input type="checkbox"/> Überweisung <input type="checkbox"/> Bescheinigung
	<input type="checkbox"/> Rezept <input type="checkbox"/> Atteste <input type="checkbox"/> Überweisung <input type="checkbox"/> Bescheinigung
	<input type="checkbox"/> Rezept <input type="checkbox"/> Atteste <input type="checkbox"/> Überweisung <input type="checkbox"/> Bescheinigung

Diese Vollmacht ist

einmalig für den _____ gültig und erlischt automatisch.

auf Dauer gültig

Regensburg/Weiden/Schwandorf, den _____

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

X _____
Unterschrift des Patienten / Sorgeberechtigten / gesetzlichen Vertreters

X _____
Unterschrift Jugendliche/r ab 14. Geburtstag

Mir ist bekannt, dass ich diese **freiwillige** Erklärung über die Vollmacht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft **widerrufen** kann.