

## Vollmacht für die Abholung von Rezepten, Befunde etc.

Dr. med. Artur Bergmann

Prof. Dr. med. Univ. Ibk Cornelius Wimmer

Ich,

---

(Vorname, Name, Adresse des Vollmachtgebers)

---

(Geburtsdatum des Vollmachtgebers)

**bevollmächtigte hiermit**

---

(Vorname, Name, Adresse des Bevollmächtigten)

**zur Abholung folgender Dokumente**

Rezept

Überweisung

Befunde

sonstiges: \_\_\_\_\_

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Patient oder gesetzlicher Vertreter

Bitte beachten Sie, dass die **Identität des Bevollmächtigten** (Bsp. durch einen Lichtbildausweis) nachgewiesen werden muss.