

Praxis Walpodenstrasse

Walpodenstrasse 19 • 55116 Mainz

PATIENTENVOLLMACHT

Hiermit bevollmächtige ich (Vollmachtgeber)

Vor-/Zuname	
Anschrift	
Geburtsdatum/-ort	

folgende Person (Bevollmächtigte/r)

Vor-/Zuname	
Anschrift	
Geburtsdatum/-ort	

in folgendem Umfang in meinem Namen

- zur Entgegennahme meines Rezepts / meiner Rezepte
- zur Entgegennahme meiner Überweisung
- zur Entgegennahme meiner angeforderten Dokumente:

für folgenden Zeitraum

- einmalig am _____
- bis zum _____
- dauerhaft.

Die Kopie eines amtlichen Ausweises wird durch den Bevollmächtigten zur Legitimierung vorgelegt. Mir ist bekannt, dass ich diese Vollmacht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Datum:

Unterschrift: