



Frauenarztpraxis Dr. Scherrenbacher

Dr. med. Esther Scherrenbacher | Dr. med. Christine Faas

Vollmacht für die Abholung von Rezepten, Befunden etc.

Ich,

Name, Vorname, Geburtsdatum des Vollmachtgebers

wohnhaft in:

Adresse des Vollmachtgebers

bevollmächtigte hiermit folgende Person(en):

Name, Vorname, Geburtsdatum des/r Bevollmächtigten

zur Abholung folgender Dokumente in der Frauenarztpraxis Dr. Scherrenbacher:

- Rezepte
- Überweisungen
- Befunde
- sonstiges: _____

**Bitte denken Sie daran, dem/der Bevollmächtigten eine gültige Versicherungskarte mitzugeben.
Der /Die Bevollmächtigte muss sich weiterhin auf Verlangen mit Personalausweis ausweisen können.**

Datum, Unterschrift des Vollmachtgebers