



DR. NORBERT URSEL



Vollmacht

Ich (Patient): _____
(Name, Vorname, Geburtsdatum des Vollmachtgebers)

Wohnhaft in: _____

bevollmächtigte hiermit

(Name, Vorname, Geburtsdatum des Bevollmächtigten)

Wohnhaft in: _____

Zur Abholung folgender Dokumente:

- Rezepte
- Überweisungen
- Befunde
- Sonstiges
- Zur Entbindung des behandelnden Arztes von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber der oben genannten Person.

Diese Vollmacht kann jederzeit von mir widerrufen werden und gilt:

- Einmalig
- Langfristig

(Ort, Datum)

(Unterschrift des Vollmachtgebers)

Bitte bringen Sie (bevollmächtigte Person) zum Abgleichen der Daten Ihren Personalausweis mit.