DR. NORBERT URSEL

MEDIZINISCHES VERSORGUNGSZENTRUM MVZ DR.URSEL GMBH

Vollmacht

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

Wohnhaft in: _____

_____

bevollmächtige hiermit

_____
(Name, Vorname, Geburtsdatum des Bevollmächtigten)

Wohnhaft in: _____

_____

Zur Abholung folgender Dokumente:

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

Diese Vollmacht kann jederzeit von mir widerrufen werden und gilt:

- O Einmalig
- O Langfristig

_____ _____

(Ort, Datum) (Unterschrift des Vollmachtgebers)

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