



Vollmacht

MVZ

MVZ für spezielle Schmerz-
therapie & Palliativmedizin
Chemnitz GmbH

Palliativprojekt Chemnitz
GmbH

Vollmacht zur Abholung von Unterlagen/ Rezepten

Ich,

Name Patient/in:

Geburtsdatum:

bevollmächtigte hiermit

Name der abholenden Person:

Geburtsdatum:

folgende Unterlagen in meiner Arztpraxis abzuholen:
(z. B. Rezepte, Überweisungen, Befunde):

Datum

Unterschrift Patient/in