

VOLLMACHT

(Version 13.05.2019)

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Krankenkasse:

Hiermit bevollmächtige ich folgende Personen z.B. Rezepte, Überweisungen, Verordnungen, Krankenkassenformulare sowie sonstige Informationen, die ich aus persönlichen Gründen nicht selbst abholen kann an folgende Personen (die sich durch Vorlage des Personalausweises o.ä. Dokumente ausweisen können) auszuhändigen bzw. weiterzugeben:

1.

2.

3.

Mir ist bekannt, dass ich diese Vollmacht jederzeit ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ort

Datum

Unterschrift des Patienten / des gesetzlichen Vertreters