



Vollmacht zur Abholung medizinischer Unterlagen (CD / Befund)

Vollmachtgeber/in (Patient/in):

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____

Hiermit bevollmächtige ich:

Name des Bevollmächtigten: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____

Folgende Unterlagen dürfen bei der Radiologiepraxis / Klinik abgeholt werden:

- Radiologische Bilddaten (z. B. CD)
- Ärztlicher Befundbericht
- Sonstige medizinische Unterlagen: _____

Die bevollmächtigte Person ist berechtigt, diese Unterlagen in meinem Namen entgegenzunehmen. Ich bestätige, dass sie zur Einsicht und zum Empfang berechtigt ist.

Diese Vollmacht gilt einmalig zur Abholung der oben genannten Unterlagen.

Bei der Abholung ist ein gültiger Lichtbildausweis der bevollmächtigten Person vorzulegen.

Ort, Datum: _____

Unterschrift Vollmachtgeber/in: _____

Unterschrift Bevollmächtigter: _____