

Vollmacht für die Abholung von Dokumenten in der Praxis für Schmerztherapie Dr. med. S. Rudolph

Ich,

Vorname, Name des Vollmachtgebers

wohnhaft in

Adresse des Vollmachtgebers

geb. am

Geburtsdatum des Vollmachtgebers

bevollmächtige hiermit

Vorname, Name des Bevollmächtigten

wohnhaft in

Adresse des Bevollmächtigten

Zur Abholung folgender Dokumente:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> BTM-Rezept | <input type="checkbox"/> e-Rezept |
| <input type="checkbox"/> Kassenrezept | <input type="checkbox"/> Privat-Rezept |
| <input type="checkbox"/> Überweisung | <input type="checkbox"/> Heilmittelverordnung |
| <input type="checkbox"/> Krankenhauseinweisung | |

Ort / Datum

Unterschrift des Vollmachtgebers

Bitte beachten Sie, dass die Identität des Bevollmächtigten (z.B. durch den Personalausweis) nachgewiesen werden muss.