

Vollmacht über med. Auskünfte

Hiermit bevollmächtige ich

Frau/Herrn

Vorname: _____

Zuname: _____

Geb. am: _____

und (wenn keine weitere Person erwünscht, bitte **KEINE** bei Vornamen schreiben)

Frau/Herrn

Vorname: _____

Zuname: _____

Geb am: _____

mich,

Vorname: _____

Zuname: _____

Geb. am: _____

in medizinischen Auskunftsangelegenheit in der Ordination Strasshof, Dr. Sonja Ripper & Team, zu vertreten.

O dies gilt für alle Auskünfte

O nur für die Abholung von Unterlagen (Laborbefunde etc)

(nicht erforderliches bitte durchstreichen)

Ort, Datum

Unterschrift der Vollmachtgeberin/des Vollmachtgebers

Diese Vollmacht gilt bis auf Widerruf des Arztes oder des Patienten!

