



# Widerruf der Vollmacht für die Entgegennahme von Dokumenten und telefonischen Auskünften

Hausärzteezentrum Kaufering \* Gemeinschaftspraxis  
Dres. med. Josef Pömsl, Tim Voegele, Christoph Frhr. von Schnurbein, Christoph Lingenauber, Florian Müller  
Theodor-Heuss-Str. 2 \* 86916 Kaufering \* Tel. 08191 969480 \* Fax 08191 9694850

Ich

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname des Vollmachtgebers / Patient(in)

\_\_\_\_\_  
Geb.Datum

wohnhaft

\_\_\_\_\_  
Adresse des Vollmachtgebers

widerrufe hiermit die Vollmacht für die Entgegennahme von Dokumenten und telefonischen Auskünften für folgende Personen:

1.

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname des Bevollmächtigten

\_\_\_\_\_  
Geb.Datum

\_\_\_\_\_  
Adresse des Bevollmächtigten

2.

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname des Bevollmächtigten

\_\_\_\_\_  
Geb.Datum

\_\_\_\_\_  
Adresse des Bevollmächtigten

3.

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname des Bevollmächtigten

\_\_\_\_\_  
Geb.Datum

\_\_\_\_\_  
Adresse des Bevollmächtigten

zur Entgegennahme folgender Dokumente (zutreffendes bitte ankreuzen):

Rezepte / BTM-Rezepte

Überweisungen

Labor-/Arztbefunde

Atteste

Sonstiges (bitte genaue Angabe): \_\_\_\_\_

Entgegennahme von telefonischen Auskünften

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Vollmachtgebers/Patienten(in)

Der/die Vollmachtgeber/in kann jederzeit ohne Angabe von Gründen von seinem/ihrem Widerspruchsrecht Gebrauch machen und die erteilte Abholvollmacht mit Wirkung für die Zukunft abändern oder gänzlich widerrufen.