



## Vollmacht für die Entgegennahme von Dokumenten und telefonischen Auskünften

Hausärzteezentrum Kaufering \* Gemeinschaftspraxis  
Dres. med. Josef Pömsl, Tim Voegelé, 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*

bevollmächtigt hiermit

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)

*Wichtig für Bevollmächtigte! Bitte bringen Sie zur Identitätskontrolle Ihren  
Personalausweis/Reisepass/Versichertenkarte oder Führerschein mit!*

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