

VOLLMACHT

GYN Plochingen
Dr. Hauser
Dr. Landauer

Ich habe in der Praxis ein Rezept bestellt und kann es nicht selbst abholen.
Zur Abholung bevollmächtige ich Herrn / Frau

VORNAME	NACHNAME
---------	----------

(Bitte geben Sie der Person diese **Vollmacht** und Ihre **Versichertenkarte** mit!)

VORNAME NACHNAME (PATIENTIN)

ORT, DATUM, UNTERSCHRIFT (PATIENTIN)

- Bitte bewahren Sie diese Vollmacht in meiner Patienten-Akte auf.
Sie gilt dann dauerhaft, bis ich sie wiederrufe.

UNTERSCHRIFT (PATIENTIN)

VR 11.2025

VOLLMACHT

Ich habe in der Praxis ein Rezept bestellt und kann es nicht selbst abholen.
Zur Abholung bevollmächtige ich Herrn / Frau

VORNAME	NACHNAME
---------	----------

(Bitte geben Sie der Person diese **Vollmacht** und Ihre **Versichertenkarte** mit!)

VORNAME NACHNAME (PATIENTIN)

ORT, DATUM, UNTERSCHRIFT (PATIENTIN)

- Bitte bewahren Sie diese Vollmacht in meiner Patienten-Akte auf.
Sie gilt dann dauerhaft, bis ich sie wiederrufe.

UNTERSCHRIFT (PATIENTIN)

VR 11.2025