

# 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 widerrufe.

\_\_\_\_\_  
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 widerrufe.

\_\_\_\_\_  
UNTERSCHRIFT (PATIENTIN)

VR 11.2025