

Dr. med. Oliver Groll

Facharzt für Innere Medizin

Kardiologie, Notfallmedizin



Dr. med. Stephanie Rampp

Fachärztin für Innere Medizin

Notfallmedizin

Vollmacht zur Abholung von Rezepten/Bescheiden/Formularen

Hiermit bevollmächtigte ICH, (Patientenname hier eintragen)

_____, geb.: _____

Herrn/Frau

1. _____, Tel.: _____

geb.: _____, Email _____

2. _____, Tel.: _____

geb.: _____ Email.: _____

Wenn eine Betreuungsvollmacht/amtl. Betreuung vorliegt, Bitte Name, Adresse und Tel. eintragen

Zur Abholung folgender Unterlagen (zutreffendes bitte ankreuzen)

____ Arzneimittelrezepte

____ Überweisungen

____ Arztbriefe

____ Emailverkehr (z.b. Befundübermittlung, Ärztliche Anordnungen, Kommunikation)

____ Telefonische Kommunikation (z.b. Befundübermittlung, Informationsweitergabe)

____ **Dauervollmacht (bis diese schriftlich widerrufen wird)**

Datum:

Ort:

Unterschrift: