Patientenvollmacht

Sehr geehrte Damen und Herren, hiermit bevollmächtige ich: Vor- Nachname des Vollmachtgebers geb. am __.__ in _____ wohnhaft in __ Straße und Hausnummer PLZ Ort Frau/Herrn ___ Vor- Nachname des Bevollmächtigten geb. am __.__ in ____ wohnhaft in ___ Straße und Hausnummer PLZ Ort zur Abholung meines/-r _____ Dokument nennen da aus gesundheitlichen Gründen eine Abholung meinerseits nicht möglich ist. Die für die Abholung von Ihnen angeforderten Unterlagen werden Ihnen von dem oben genannten Bevollmächtigten übergeben. Diese Vollmacht verliert Ihre Gültigkeit nach Durchführung des oben bezeichneten Rechtsgeschäftes. Mit freundlichen Grüßen handschriftliche Unterschrift des Vollmachtgebers

chirurgiewaldkirch

Dr. med. Christoph Jaschke Dr. med. Simone Jaschke

Fachärzte für Chirurgie

Unfallchirurgie
Chirurgie der Hand
Fußchirurgie
Dermatochirurgie
Sportmedizin
Röntgendiagnostik
Ambulante Operationen
D-Arzt der
Berufsgenossenschaften