



Frauenarztpraxis
Dr. med. Eva Böhm
Mainzer Straße 33
55411 Bingen am Rhein
Tel.: 06721 2525
E-Mail: Frauenarztpraxis-boehm@web.de

Patientenvollmacht

Hiermit bevollmächtige ich (Vollmachtgeber)

Vor-/ Nachname

Anschrift

Geburtsdatum

Folgende Person (Bevollmächtigter)

Vor-/Nachname

Anschrift

Geburtsdatum

In folgendem Umfang in meinem Namen **(Bitte kreuzen Sie an!)**

- Zur einmaligen Entgegennahme meines Rezeptes/ meiner Rezepte
- Zur einmaligen Entgegennahme meines Medikamentes/ meiner Medikamente
- Zur einmaligen Entgegennahme meiner fachärztlichen Überweisung
- Zur einmaligen Entgegennahme meiner angeforderten Dokumente/Bescheinigungen

Ein amtlicher Ausweis wird durch den Bevollmächtigten zur Legitimierung vorgelegt. Mir ist bekannt, dass ich diese Vollmacht jederzeit widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift Patientin oder gesetzl. Vertreter

Bitte beachten Sie, dass wir Rezepte, Überweisungen, Dokumente o.ä. nur mit einer gültigen Versichertenkarte herausgeben können!