

Gemeinschaftspraxis
Dr. med. M. Schreck
Dr. med. E. Albert
Seewiese 4
97839 Esselbach

Einverständniserklärung zur Abholung von Rezepten, Überweisungen, Befundberichten und Formularen durch Dritte (z.B. Angehörige, Apotheken, Sozialstationen)

Patient:

Name, Vorname: _____

geb. am: _____

wohnhaft in: _____

Hiermit bevollmächtige ich folgende Personen

Name, Vorname: _____

Name, Vorname: _____

Name, Vorname: _____

Apotheke, Ort: _____

Sozialstation: _____

Sanitätshaus: _____

Physiotherapiepraxis: _____

zur Abholung von Rezepten, Überweisungen und mich betreffende Formulare (z.B. Krankenhausesweisungen, Transportscheine, häusliche Krankenpflege etc.) in der Gemeinschaftspraxis **Dr. med. Maximilian Schreck und Dr. med. Edwin Albert.**

Bitte teilen Sie den Bevollmächtigten mit, dass bei jeder Abholung ein gültiges Ausweisdokument vorgelegt werden muß! Vielen Dank!

(Ort, Datum)
Diese Erlaubnis kann jederzeit widerrufen werden.

(Unterschrift des Patienten, bzw. gesetzlichen Vertreters)

