



## Vollmacht zur Abholung personenbezogener Dokumente in der Praxis Gußmann

Hiermit willige Ich (Name, Vorname \_\_\_\_\_, Geburtsdatum \_\_\_\_\_)  
ein, dass

1. beauftrage Person:

-----  
Name, Vorname

-----  
Geburtstag

2. beauftrage Person:

-----  
Name, Vorname

-----  
Geburtstag

3. beauftrage Person:

-----  
Name, Vorname

-----  
Geburtstag

Dokumente wie z.B. Rezepte, Überweisungen, Arztbriefe, Anträge, Laborergebnisse,  
Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen, Terminzettel, Befunde etc. bis zu meinem  
Widerruf in der Praxis Gußmann anstelle meiner ausgehändigt bekommt.

-----  
Name, Vorname und Unterschrift

-----  
Ort und Datum