

Vollmacht für die Abholung von Befunden

Ich,

Name, Vorname	
Geboren am	
Adresse	

bevollmächtigte hiermit

Name, Vorname	
Geboren am	
Adresse	

(ausgewiesen durch Vorlage des Personalausweises!)

Zur Abholung folgender Dokumente:

- Bericht Bilder CD

Datum der Untersuchung: _____

Untersuchung:

- Mammographie MRT Schilddrüsendiagnostik
 Röntgenuntersuchung CT Szintigraphie
 Ultraschall _____

Diese Vollmacht ist einmalig bezogen auf die o.g. Untersuchung gültig.

Ort, Datum _____

Unterschrift Vollmachtgeber