Radiologisches Institut
Dr. von Essen
Koblenz

Vollmacht zur Abholung von ärztlichen / sonstigen Unterlagen

Patientendaten:

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Hiermit erteile ich die Vollmacht an folgende Person:

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Ich willige ein, dass die von mir bevollmächtigte Person folgendes an Unterlagen in meinem Namen entgegennehmen darf:

☐ schriftliche Befunde vom: _____

☐ Bilddaten kostenpflichtig auf CD vom: _____

(Die Kosten einer CD belaufen sich auf 5€ / für den Versand per Post berechnen wir Ihnen 9,50€.)

☐ Patiententicket für den digitalen Zugriff auf Bild- und Befunddaten

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift

Bitte bringen Sie zum Abholtermin Ihren gültigen Ausweis mit. (Personalausweis/ Reisepass/ Führerschein)