



visiorAD

Prävention. Diagnostik. Therapie.

Vollmacht

Patient:
Vor- und Zuname + Geburtsdatum

Ich war am ZUR in der VISIORAD GbR.
Datum Untersuchung

Da ich meine Untersuchungsunterlagen nicht persönlich abholen kann, bitte ich darum, diese dem Überbringer dieser Vollmacht

Herrn/Frau auszuhändigen.
Vor- und Zuname + Geburtsdatum

Ort/ Datum

.....
Unterschrift der Patientin/des Patienten