

Vollmacht

Patient:
Vor- und Zuname + Geburtsdatum

Ich war am (Datum) zur (Untersuchung)
in der radiologischen Praxis der Diagnosticum Visiorad MVZ GmbH.

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

Herrn/Frau

auszuhändigen.

.....
Ort/ Datum

.....
Unterschrift Patient/-in
(ggf. Betreuer / Sorgeberechtigter)