

## VOLLMACHT

### zur Abholung ärztlicher/medizinischer Unterlagen

Ich \_\_\_\_\_, geboren am \_\_\_\_\_,

wohnhaft in \_\_\_\_\_

erteile hiermit

Herrn/Frau \_\_\_\_\_,

geboren am \_\_\_\_\_,

(in der Folge „Bevollmächtigter“)

Vollmacht zur Abholung nachstehender Unterlagen in meinem Namen:

- Befund/e vom \_\_\_\_\_
- Bilder/Aufnahmen vom \_\_\_\_\_
- Sonstige Unterlagen, nämlich \_\_\_\_\_

Vom Ambulatorium Döbling im Zeitraum von \_\_\_\_\_ bis spätestens \_\_\_\_\_  
und willige ausdrücklich ein, dass dem Bevollmächtigten die oben angeführten Unterlagen übergeben  
werden.

Ich nehme in diesem Zusammenhang zur Kenntnis, dass das Ambulatorium Döbling die obigen Unterlagen  
dem Bevollmächtigten nur gegen Vorlage dieser Vollmacht und Nachweis von dessen Identität mittels  
eines amtlichen Lichtbildausweises übergeben darf.

\_\_\_\_\_, am \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift