

Gemeinschaftspraxis  
Dr. med. M. Schreck  
Dr. med. E. Albert  
Seewiese 4  
97839 Esselbach

**Einverständniserklärung zur Abholung von Rezepten, Überweisungen, Befundberichten und Formularen durch Dritte (z.B. Angehörige, Apotheken, Sozialstationen)**

Patient:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

geb. am: \_\_\_\_\_

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

Hiermit bevollmächtige ich folgende Personen

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Apotheke, Ort: \_\_\_\_\_

Sozialstation: \_\_\_\_\_

Sanitätshaus: \_\_\_\_\_

Physiotherapiepraxis: \_\_\_\_\_

zur Abholung von Rezepten, Überweisungen und mich betreffende Formulare (z.B. Krankenhausesweisungen, Transportscheine, häusliche Krankenpflege etc.) in der Gemeinschaftspraxis **Dr. med. Maximilian Schreck und Dr. med. Edwin Albert.**

**Bitte teilen Sie den Bevollmächtigten mit, dass bei jeder Abholung ein gültiges Ausweisdokument vorgelegt werden muß! Vielen Dank!**

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)  
Diese Erlaubnis kann jederzeit widerrufen werden.

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Patienten, bzw. gesetzlichen Vertreters)

