

**Vollmacht für die Abholung von Rezepten, Befunden etc., in der  
Facharztpraxis Dr. Thomas Führer & Kollegen, Wellersburgring 20,  
35396 Gießen**

Ich (Name Vollmachtgeber)

---

*Vorname, Nachname, Geb.-Datum des Vollmachtgebers*

**wohnhaft in**

---

*Adresse des Vollmachtgebers*

**Bevollmächtigte hiermit:**

---

*Vorname, Nachname des Bevollmächtigten*

**wohnhaft in**

---

*Adresse des Bevollmächtigten*

**zur Abholung folgender Dokumente:**

- Rezepte**       **Befunde**       **Briefe**       **sonstiges**

---

**Ort, Datum**

---

**Unterschrift Vollmachtgeber**

**Bitte beachten Sie, dass die Identität des Bevollmächtigten (z.B. durch den Personalausweis nachgewiesen werden muss, und dass diese Vollmacht nur zur Abholung von o. g. Dokumenten der Praxis Dr. Führer und Kollegen, Wellersburgring 20, 35396 Gießen gültig ist.**