

RADIOLOGISCHE GEMEINSCHAFTSPRAXIS

in der HELIOS Klinik Sangerhausen

Dr. med. Karsten Stock • Dr. med. Christoph Alter • Dr. med. Andreas Schlüter
FA für Neuroradiologie

FÄ für Diagnostische Radiologie

Vollmacht

Ich

Vor- und Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse/Telefon: _____

bevollmächtigte

Vor- und Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse/ Telefon: _____

meinen Befund/ meine Bilddaten abzuholen.

Ort/ Datum

Unterschrift Patient

Unterschrift Abholer

Die Vollmacht ist bei Vorlage im Original und in Verbindung mit **Personalausweis oder Fahrerlaubnis oder Gesundheitskarte** einmalig gültig.

Unterlagen vollständig erhalten:

Datum: _____

Unterschrift Abholer: _____