

Dr. med. Michael Jarosch
Dr. med. Matthias Decker
Frau Monika Isermann
An der Weide 9 27798 Hude

Telefon: (0 44 08) 24 44
Service-Telefon: (0 44 08) 76 89
Telefax: (0 44 08) 14 58



Meine aktuelle Telefonnummer: _____

Meine aktuelle Mailadresse: _____

Vollmacht über die Ausgabe medizinischer Daten **Aushändigung von Rezepten, Überweisungen oder sonstigen Formularen**

Mit meiner Unterschrift bevollmächtige ich folgende Personen

_____	☐ Ehegatte/Lebenspartner
_____	☐ _____
_____	_____
_____	_____

Informationen über meine medizinischen Daten (z.B. Blutwerte) einzuholen sowie gedruckte Befunde, Rezepte, Überweisungen und weitere ärztliche Formulare aus der Hausarztpraxis An der Weide abzuholen.

Diese Vollmacht kann jederzeit von mir schriftlich widerrufen werden.

Hude, _____
Datum

Unterschrift