

# Vollmacht

# Radiologische Gemeinschaftspraxis

Niemeyerstraße 23  
06110 Halle

**Tel.: 0345/61400** - FAX: 0345/6140 210  
www.halle-radiologie.de

DR. D. WUJCIAK · DR. M. DIESTELHORST · DIPL. - MED. M. DREVENSTEDT  
H. GOLLMANN · DR. M. GÜRTLER · U. WEIDT  
RADIOLOGEN  
NIEMEYERSTRASSE 23 · 06110 HALLE/SAALE

in überörtlicher Berufsausübungsgemeinschaft mit Gemeinschaftspraxis für Innere Medizin  
Dr. M. Schmalfeld · Dr. U. Neef · Dr T. Behlendorf · Dr. S. Frank-Gleich  
Niemeyerstraße 22 · 06110 Halle/Saale

## Ich

Name: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

## bevollmächtigte

Name: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

## meinen Befund / meine Bilder abzuholen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Abholer

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

abgeholt am / um: \_\_\_\_\_