

# Hausarztpraxis Theuer & Magin

Dr. med. U. Theuer und T. Magin  
Fachärzte für Allgemeinmedizin

Luisenplatz 1  
14471 Potsdam  
info@hausarztpraxis-potsdam.de  
0331 / 96 08 98

## Vollmacht

Hiermit bevollmächtige ich,

Vorname und Name: .....

Geburtsdatum: .....

Straße: .....

PLZ und Wohnort: .....

die nachfolgend aufgeführten Personen damit, die für mich bestimmten Rezepte, Verordnungen, Überweisungen, Atteste, Befunde, Arztbriefe oder andere medizinische Unterlagen in der **Hausarztpraxis Theuer & Magin in Potsdam** abholen zu dürfen – sofern die Identität dieser Personen durch einen vorgelegten und gültigen Personalausweis nachgewiesen wird und der / die Bevollmächtigte meine gültige Versicherungskarte bei Abholung vorlegt.

Name, Vorname	geb. am	Adresse

Diese Vollmacht kann jederzeit teilweise oder ganz widerrufen werden.

Ort und Datum: .....

Unterschrift: .....