



Vollmacht zur Aushändigung von Patientenunterlagen

Klinik und Poliklinik für
Diagnostische und Interventionelle
Radiologie

Hiermit erkläre ich (Name und Adresse des Patienten)

Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Adresse	
Datum der Untersuchung	

mich mit der Ausgabe folgender mich betreffender Patientenunterlagen
einverstanden (bitte zutreffendes ankreuzen):

- DVD angeforderter Bilder
- radiologischer Befund
- sonstiges:

An folgende Person (**Vorlage amtliches Ausweisdokument erforderlich!**)

Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Adresse	

Der Bevollmächtigte ist berechtigt, den Empfang der Unterlagen zu quittieren. Gültig ist die Vollmacht nur in Zusammenhang dieser Anforderung.

Ort, Datum:

Unterschrift Patient*in:

Ort, Datum:

Unterschrift Empfänger*in:

Patientenunterlagen wurden ausgehändigt am:	
Unterschrift Mitarbeiter: (amtliches Ausweisdokument liegt vor)	