

## VOLLMACHT

Vollmachtgeber: \_\_\_\_\_  
Name und Adresse

Bevollmächtigter: \_\_\_\_\_  
Name und Adresse

Ich erteile oben genanntem Bevollmächtigten eine Vollmacht.  
Damit ist es möglich, in meinem Namen und mit meiner gültigen  
Krankenversichertenkarte (KVK) in der Frauenarztpraxis  
Dr.med. Frank-Dietrich Deininger nachfolgende Aufgaben zu erledigen:

\_\_\_\_\_  
Tätigkeit genau beschreiben, z.B. Rezept, Überweisung oder Befundkopie abholen

Die Vollmacht gilt bis auf Widerruf, kann durch mich zu jeder Zeit  
widerrufen werden. Sie ist ferner nur gültig, wenn sich die  
bevollmächtigte Person ausweisen kann.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Vollmachtgebers