

VOLLMACHT

für die **Anforderung** und/oder für die **Abholung**

Gesamter Wiener Gesundheitsverbund

Einzelne Standorte im Wiener Gesundheitsverbund (bitte anführen):

- gesamte Krankengeschichte
- einzelne Befunde, Berichte
- radiodiagnostische Aufnahmen

Ich, _____, geb.:

Vorname und Nachname

bevollmächtigte _____, geb.:

Vorname und Nachname

Folgender Umfang:

stationärer Aufenthalt:

von _____ bis _____

von _____ bis _____

von _____ bis _____

ambulanter Besuch:

von _____ bis _____

von _____ bis _____

von _____ bis _____

Datum

Unterschrift Vollmachtgeber*in