

## VOLLMACHT ZUR ABHOLUNG VON PATIENTENUNTERLAGEN BZW. ERTEILUNG TELEFONISCHER AUSKÜNFTE



MEDIZINISCHES  
VERSORGUNGSZENTRUM  
ST. COSMAS

### GESCHÄFTSLEITUNG:

PROF. R. BECKER-CASADEMONT  
DR. MED. CHRISTOPH COENEN  
DR. MED. THORSTEN TRUMM

INGRID KELLERER

### ABTEILUNGEN:

ALLGEMEINMEDIZIN  
INNERE MEDIZIN, HAUSÄRZTL.

INNERE MEDIZIN,  
FACHÄRZTLICH

NEUROLOGIE  
PSYCHIATRIE  
PSYCHOTHERAPIE

ERNÄHRUNGSBERATUNG

PHYSIOTHERAPIE  
LOGOPÄDIE

PHYSIKALISCHE UND  
REHABILITATIVE MEDIZIN

RATHAUSPLATZ 1  
D-85579 NEUBIBERG  
TEL. 0 89/68 09 84-0  
FAX 0 89/601 21 93

WWW.MVZ-ST-COSMAS.DE  
INFO@MVZ-ST-COSMAS.DE

STEUERNR.: 143/509/20138

GLS BANK eG, BOCHUM  
IBAN:  
DE03 4306 0967 8082 3209 00  
BIC: GENODEM1GLS

V 01/20

Ich,

\_\_\_\_\_  
Name und Vorname des Vollmachtgebers

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Adresse

bevollmächtige hiermit

\_\_\_\_\_  
Name und Vorname des Bevollmächtigten

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Adresse

zur Abholung folgender Dokumente (bitte ankreuzen):

- Rezepte
- Überweisungsscheine
- Befunde
- Sonstiges

zur Herausgabe von telefonischen u./o. mündlichen Informationen über (bitte ankreuzen):

- Rezepte
- Überweisungsscheine
- Befunde
- Sonstiges

Die Abholung/Auskunft erfolgt im bzw. durch das

MVZ St. Cosmas  
Rathausplatz 1  
85579 Neubiberg

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

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

Dem/der Bevollmächtigten ist eine gültige Versicherungskarte mitzugeben. Der/die Bevollmächtigte muss sich weiterhin mit einem gültigen Personalausweis ausweisen können.