

Diabetologische Schwerpunktpraxis  
Praxis für Ernährungsmedizin  
Dres. J.Meindold/E. Maslowska-Wessel  
Tel. 02173/269010 Fax: 02173-2690123  
praxis@diabetes-langenfeld.de

## Vollmacht

Hiermit bevollmächtige ich

Herr/Frau \_\_\_\_\_

Geb. am \_\_\_\_\_

meine Patientenunterlagen entgegen zu nehmen.

Name: \_\_\_\_\_

Der Abholberechtigte hat Sorge zu tragen sich ausweisen zu können.

\_\_\_\_\_den \_\_\_\_\_  
Ort Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift