

Hiermit ermächtige ich (Patient oder gesetzlicher Betreuer = Vollmachtgeber)

Name, Vorname	Geburtsdatum
Postleitzahl, Wohnort	Straße, Hausnummer

nachfolgende Person (Bevollmächtigter)

Name, Vorname	Geburtsdatum
Postleitzahl, Wohnort	Straße, Hausnummer

meine Röntgenbilder, die im Zeitraum _____

am Standort Buchen Standort Mosbach

angefertigt worden sind, auf CD gebrannt, in der Röntgenabteilung der Neckar Odenwald Kliniken gGmbH abzuholen. Eine Kopie meines Personalausweises liegt bei.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten oder des gesetzlichen Vertreters

Auszufüllen vom Mitarbeiter der Neckar-Odenwald-Kliniken gGmbH

- | | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Personalausweiskopie des Vollmachtgebers hat vorgelegen und stimmt überein. Die/ der Bevollmächtigte bleibt im Besitz der Personalausweiskopie. |
| <input type="checkbox"/> | Personalausweis des Bevollmächtigten hat vorgelegen |

Ort, Datum

Unterschrift des Mitarbeiters Neckar-Odenwald-Kliniken