



## VOLLMACHT ZUR BEFUNDABHOLUNG

**NAME (Patient):** \_\_\_\_\_  
(Bitte in Blockschrift)

geb. am: \_\_\_\_\_ bevollmächtigt hiermit

Herrn/Frau \_\_\_\_\_,

Legitimation durch Personalausweis-, Führerschein, Pass-Nr., \_\_\_\_\_

die Ergebnisse meiner Untersuchung vom \_\_\_\_\_  
abzuholen.

Wien, am \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift