



Dr. med. Klaus Fecher

PRAXIS FÜR ORTHOPÄDIE & SPORTMEDIZIN

REKONSTRUKTIVE & ÄSTHETISCHE FUSSCHIRURGIE

WWW.DR-FECHER.DE

DR. MED. FECHER · LUDWIGSTRASSE 4 · 63739 ASCHAFFENBURG

Vollmacht

Ich

Name, Vorname und Geburtsdatum der/des Vollmachtgeberin/s

Adresse der/des Vollmachtgeberin/s

bevollmächtige hiermit

Name, Vorname und Geburtsdatum der/des Bevollmächtigten

Adresse der/des Bevollmächtigten

zur Abholung der folgenden Dokumente (nicht zutreffendes durchstreichen):

Rezepte

Überweisungen

Befunde

Sonstiges _____

Ort, Datum persönliche Unterschrift der/des Vollmachtgeberin/s

Der Bevollmächtigte muss sich mit Personalausweis ausweisen.

• TRIGGERSTOSSWELLENTHERAPIE
• SPINEMED TABLE

• AMBULANTE UND STATIONÄRE OPERATIONEN
• WIRBELSÄULENBEHANDLUNG

• REKONSTRUKTIVE FUSSCHIRURGIE
• ENDOPROTHETIK VON KNIE- UND HÜFTGELENK