



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