



**DR. CATHARINA WEYRICH**  
Fachzahnärztin für Kieferorthopädie

Praxis Dr. Catharina Weyrich  
Stummplatz 1  
66538 Neunkirchen

## Vollmacht

für die Abholung von Rezepten, Modellen, Befunden etc.

Ich,

.....  
Vorname, Name des Vollmachtgebers

.....  
Adresse des Vollmachtgebers

.....  
Geburtsdatum des Vollmachtgebers

bevollmächtige hiermit

.....  
Vorname, Name, Adresse

.....  
Vorname, Name, Adresse

.....  
Vorname, Name, Adresse

Zur Abholung folgender Dokumente:  
Rezepte, Überweisungen, Befunde, Modelle, Röntgenbilder und weitere von mir angefertigte Unterlagen.

.....  
Ort, Datum, Unterschrift

Bitte beachten Sie, dass die Identität des Bevollmächtigten  
(z.B. durch den Personalausweis) nachgewiesen werden muss

