

# VOLLMACHT ZUR ABHOLUNG VON PATIENTENUNTERLAGEN BZW. ERTEILUNG VON AUSKÜNFTE



**MEDIZINISCHES  
VERSORGUNGSZENTRUM  
ST. COSMAS**

Ich,

\_\_\_\_\_  
Name und Vorname des Vollmachtgebers Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Adresse

bevollmächtige hiermit

\_\_\_\_\_  
Name und Vorname des Bevollmächtigten Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Adresse

zur Abholung folgender Dokumente (bitte ankreuzen):

- Rezepte
- Überweisungsscheine
- Befunde
- Sonstiges: .....

zur Entgegennahme von Informationen (mündlich/telefonisch/per Fax) über (bitte ankreuzen):

- Rezepte
- Überweisungsscheine
- Befunde
- Sonstiges:.....

Die Abholung/Auskunft erfolgt im bzw. durch das

MVZ St. Cosmas  
Rathausplatz 1  
85579 Neubiberg

**GESCHÄFTSLEITUNG:**

DR. MED. CHRISTOPH COENEN  
EVAGELOS KRITIKAKIS  
DR. MED. THORSTEN TRUMM

INGRID KELLERER

**ABTEILUNGEN:**

ALLGEMEINMEDIZIN  
INNERE MEDIZIN, HAUSÄRZTL.

INNERE MEDIZIN,  
FACHÄRZTLICH

NEUROLOGIE  
PSYCHIATRIE  
PSYCHOTHERAPIE

ERNÄHRUNGSBERATUNG

PHYSIOTHERAPIE  
LOGOPÄDIE

PHYSIKALISCHE UND  
REHABILITATIVE MEDIZIN

RATHAUSPLATZ 1  
D-85579 NEUBIBERG  
TEL. o 89/68 09 84-0  
FAX o 89/601 21 93

WWW.MVZ-ST-COSMAS.DE  
INFO@MVZ-ST-COSMAS.DE

STUERNR.: 143/509/20138

GLS BANK E.G, BOCHUM  
IBAN:  
DE03 4306 0967 8082 3209 00  
BIC: GENODEM1GLS

V 07/21

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Vollmachtgebers

Dem/der Bevollmächtigten ist eine gültige Versicherungskarte mitzugeben. Der/die Bevollmächtigte muss sich weiterhin mit einem gültigen Personalausweis ausweisen können.