

Bevollmächtigung für die Abholung von radiologischen Bildern und Befunden

Patient:innen Name: _____

Patient:innen SVNR: _____

Bevollmächtigte:r: _____

Geb. Datum: _____

Ich stimme als Patient:in der Gruppenpraxis für Radiologie GmbH, der
Diagnosezentrum Brigittenau GmbH oder der Millennium Diagnostik zu, dass der/die
oben genannte Bevollmächtigte bis auf Widerruf meinen Befund und gegebenenfalls
Bilder vom _____ entgegennehmen darf.

Datum

Unterschrift Patient:in

