



**Vollmacht**

Ich Frau/ Herr ....., geb. am .....

erkläre ich mich einverstanden, dass mein Befund, Röntgenbild bzw. CD/ DVD der

Untersuchung vom ..... an Frau/ Herrn .....

geb. am ..... ausgehändigt wird.

.....

Datum

Unterschrift