



Patientenname:

Unterschrift:

Persönliches Passwort eintragen:

.....

Bevollmächtigung:

Hiermit bevollmächtige ich bis auf Widerruf, dass folgender Person in meinem Namen Verordnungen, Rezepte oder Befunde ausgehändigt werden darf:

.....

Die Einträge können jederzeit auf Wunsch geändert, ergänzt oder gelöscht werden.

**Praxis für
Gynäkologie & Geburtshilfe**

Dr. med. Tammo Kunst

*Facharzt für
Frauenheilkunde & Geburtshilfe*