



Radiologische Gemeinschaftspraxis Fleischstraße Trier

Dr. med. Martin Amberger
Dr. med. Britt Gajek
Dr. med. Jörg Jeibmann
Dr. med. Stefan Lieser

Radiologie und Nuklearmedizin
Radiologie
Radiologie
Radiologie und Neuroradiologie

VOLLMACHT

Hiermit bevollmächtige ich _____
(Name des Patienten)

geb. am _____

wohnhaft in: _____

folgende Person zur Abholung meines/r Befund/e und/ oder CD

Name: _____

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten