



Überörtliche Gemeinschaftspraxis für Radiologie,
Neuroradiologie und Nuklearmedizin

DR. MED. SHAHAB
DR. MED. KRUSE
DR. MED. STRUK
DR. MED. MIELKE
DR. MED. LUKAS
DR. MED. HOLLENHORST
DR. MED. FALCK
M. LUDWIG
K. HÖNL
DR. MED. UNIV. SCHERER

58638 Iserlohn
Hochstraße 63
Tel.: 02371/8191-0
Fax: 02371/26947
www.radiologie-iserlohn.de

58706 Menden
Am Stein 24
Tel.: 02373/9291-0
Fax: 02373/9291-20
www.radiologie-iserlohn.de

Betreff: Vollmacht zur Abholung von Befunden und Bilddatenträgern

Ich (Name, Vorname): _____

geboren am: _____

wohnhaft in (Straße/Hausnummer/Stadt): _____

bevollmächtige hiermit

Name und Vorname des Bevollmächtigten: _____

geboren am: _____

wohnhaft in (Straße/Hausnummer/Stadt): _____

meine schriftlichen Befunde und erhobenen Bilddaten für mich in der Radiologie Iserlohn
abzuholen.

Ort und Datum

Unterschrift

Bitte beachten Sie, dass die Identität des Bevollmächtigten (z.B. durch den Personalausweis)
nachgewiesen werden muss.