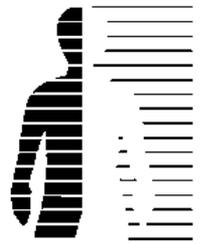


Überörtliche Gemeinschaftspraxis für Radiologie, Neuroradiologie und Nuklearmedizin Duisburg – Dinslaken

Dr. C. Neitzke, Dr. S. Richter, Dr. D. Stoesser, Dr. J. Hutmacher,
Dr. R. Laufkötter, A. Lohre, T. Schmeinck



Überörtl. Gem.-Praxis, Koloniestr. 56 47057 Duisburg

Name :

Anschrift :

Geb.Datum :

Vollmacht

Hiermit bevollmächtige ich

Frau/Herrn _____

Geboren am _____

Strasse/Ort _____

Ausgewiesen durch _____

Für mich meinen Untersuchungsbefund

– Datum:

– Untersuchung:

Datenträger (CD/DVD) mit Bilddateien

abzuholen.

Ort, Datum

Unterschrift

Hinweis: Dieses Dokument ist nur in Verbindung mit einem Lichtbildausweis
(des Bevollmächtigten) gültig.