



**Dr. med. Claudia Haselbeck**  
Fachärztin f. Innere Medizin  
Hausärztliche Versorgung  
**Marienplatz 6 \* 85055 Ingolstadt**  
**Tel: 0841-37444 Fax: 0841-36736**

14.10.2024

## Vollmacht

Ich,  
bevollmächtige hiermit

1. Frau/Herr \_\_\_\_\_, geb. \_\_\_\_\_,
2. Frau/Herr \_\_\_\_\_, geb. \_\_\_\_\_,

in meinem Auftrag in der Praxis Dr. Haselbeck folgende Aufgaben auszuführen:

1. Befundauskünfte einholen
2. Formulare (z.B. Rezepte, Überweisungen, Verordnungen)  
anfordern und abholen
3. Terminvereinbarung treffen

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Ingolstadt, den 14.10.2024

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)

