



## Vollmacht zur Abholung von ärztlichen/sonstigen Unterlagen

Ich (Name) \_\_\_\_\_,

wohnhaft (Strasse/Ort) \_\_\_\_\_,

geboren am (Geburtsdatum) \_\_\_\_\_, willige ein, dass

Frau / Herr (Bevollmächtigter/-e) \_\_\_\_\_,

geboren am (Geburtsdatum) \_\_\_\_\_, zum Zwecke meiner  
Weiterbehandlung, die folgenden Unterlagen entgegennehmen darf:

Befund/-e vom: \_\_\_\_\_

Aufnahmen / CD vom: \_\_\_\_\_

Sonstiges: \_\_\_\_\_

Die Vollmacht ist gültig vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Wiesbaden**  
Friedrichstr. 12  
65185 Wiesbaden  
Tel. 0611 900 17 0  
Fax 0611 954 744 96

**Wiesbaden an der  
Asklepios Klinik**  
Geisenheimer Str. 10  
65197 Wiesbaden  
Tel. 0611 847 246 4  
Fax 0611 954 744 40

**Bad Schwalbach**  
Emser Str. 29-31  
65307 Bad Schwalbach  
Tel. 06124 501 700  
Fax 0611 954 744 34

**Taunusstein**  
Mühlfeldstr. 22a  
65232 Taunusstein  
Tel. 06128 860 648 0  
Fax 06128 202 900 2

**Idstein**  
Am Bahnhof 1-3  
65510 Idstein  
Tel. 06126 505 689 0  
Fax 06126 985 400 2

**Hochheim**  
Frankfurter Str. 94  
65239 Hochheim am Main  
Telefon: 06146 83099 0  
Fax: 06146 526 900 2

**Mainz**  
Gymnasiumstr. 4  
Radiologie  
Tel. 06131 232 481  
Fax 06131 235 241  
Nuklearmedizin  
Tel. 06131 624 630  
Fax 06131 624 6310

**Fachärzte für Radiologie**  
Dr. Christopher Ahlers  
Dr. Carsten Bletz  
Dr. Stefanie Bitschnau\*  
Dr. Carla von Bruchhausen  
Dr. Monica Craciun\*  
Dr. Reinhold Hümmerich\*  
Dr. Birgit Vorndran\*  
Dr. Katrin Wunder

**Fachärzte für  
Diagnostische Radiologie**  
Dr. Jochen Beus  
Dr. Ute Hilgenberg\*  
Beate Kienle  
Dr. Bernd Romaneehsen  
Dr. Udo Trost

**Facharzt für  
Radiologische Diagnostik**  
Dr. Hubertus von Zitzewitz

**Fachärzte für Nuklearmedizin**  
Dr. Semira Sepehr-Rezai\*  
Ngan-Phuong Truong\*  
Dr. Georg Vancura

**Fachärzte für  
Diagnostische Radiologie &  
Nuklearmedizin**  
Dr. Katja Lohmann\*  
Dr. Matthias Troglauer

**Facharzt für  
Radiologie & Nuklearmedizin**  
Dr. Roland Raabe

**Facharzt für Nuklearmedizin,  
Facharzt für Innere Medizin**  
Dr. Jochen Mundschenk\*

**Bitte beachten: Die abholende Person muss sich  
mit Personalausweis, Führerschein oder Reisepass  
ausweisen.**

\*Arzt/Ärztin in Anstellung