

Landesärztekammer Rheinland-Pfalz  
- Honorarausschuss -  
Deutschhausplatz 3  
55116 Mainz

## Vollmacht

### im Honorarprüfungsverfahren

Hiermit erkläre ich mich **einverstanden**, die Rechnung und die dazugehörigen Begründungen und Erklärungen von

Name des Arztes/der Ärztin: \_\_\_\_\_

in Praxis/Krankenhaus: \_\_\_\_\_

Abteilung/Fachgebiet: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

betreffend die Rechnung/en:

\_\_\_\_\_

der Landesärztekammer zur Stellungnahme vorzulegen und bevollmächtigt dafür

\_\_\_\_\_  
Vorname/Name, Anschrift in Druckschrift

Die Schweigepflichtentbindung erfolgt mit getrenntem Schreiben.

\_\_\_\_\_  
Vorname/Name der Patientin/des Patienten, Anschrift (Straße, PLZ/Ort) in Druckschrift

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift