



Patientenvollmacht für Apotheken

Name, Vorname: _____ Geb.- Datum: _____

Straße: _____ PLZ/Ort: _____

Tel. _____ Mobil: _____

Ich betraue folgende Apotheke

Vollmachtnehmer: _____

(Stempel der Apotheke, Unterschrift des Inhabers)

durch diese Patientenvollmacht mit der Aufgabe,

- Rezepte
- Überweisungen, Einweisungen und Verordnungen
- Medikamentenpläne
- Krankenhaus- und Facharztberichte
- Transportscheine
- und andere medizinische Unterlagen

in meinem Namen, in der Praxis entgegen nehmen zu dürfen.

Der Bevollmächtigte darf keine Untervollmachten (gilt für Personen außerhalb des Apotheken-Personals) erlassen.

Diese Vollmacht erlischt durch Widerruf.

Goch, _____

Unterschrift