

Vollmacht

Herr/Frau _____

geboren am _____

Hiermit bevollmächtige ich die Senioren-Pension Möller GmbH,

vertreten durch

- Geschäftsführung
- Einrichtungsleitung
- Pflegedienstleitung
- Pflegefachkräfte

meine ärztlich verordneten Medikamente, deren Bestellung und Lieferung über

die Vorstadt-Apotheke, Schweriner Straße 51, 23909 Ratzeburg

folgende Apotheke _____

erfolgt:

- bei Lieferung in Empfang zu nehmen,
- im Medikamentenschrank zu lagern,
- gemäß ärztlicher Anordnung an mich auszuteilen,
- bei Absetzung der Medikamente durch den Arzt die Restmedikamente zur fach- und sachgerechten Entsorgung an die Apotheke zurückzugeben.

Diese Vollmacht gilt

bis auf Widerruf.

für die Dauer meines Aufenthaltes in der Senioren-Pension Möller GmbH.

Ziethen, den _____

Unterschrift Bewohner: _____

Unterschrift Vollmachtnehmer/Betreuer: _____