

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: _____