

Vollmacht

Herr/Frau _____

geboren am _____

Hiermit bevollmächtige ich die Mustiner Senioren-Pension GmbH,

vertreten durch

- Einrichtungsleitung
- Pflegedienstleitung
- Pflegefachkräfte

meine ärztlich verordneten Medikamente, deren Bestellung und Lieferung über

- die Vorstadt-Apotheke, Schweriner Straße 51, 23909 Ratzeburg
- die Dom-Apotheke, Domstraße 5, 23911 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 fach- und sachgerecht zu entsorgen
- für mich verordnete Medikamente, die das Mindesthaltbarkeitsdatum überschritten haben, fach- und sachgerecht zu entsorgen
- für mich verordnete Medikamente, die dem Betäubungsmittelgesetz unterliegen gegen Quittung an die Apotheke zurückzugeben

Diese Vollmacht gilt

- bis auf Widerruf.
- für die Dauer meines Aufenthaltes in der Mustiner Senioren-Pension GmbH.

Mustin, den _____

Unterschrift Bewohner: _____

Unterschrift Vollmachtnehmer/Betreuer: _____