

## Einverständnis für Rezeptabholung

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Bei Vorliegen einer Betreuung:

Name der Betreuungsperson: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Hiermit gebe ich der unten genannten Person/en die Vollmacht die mir ausgestellten Rezepte der Praxis

**Herr Dr. med. Rainald Brauel**       **Frau Dr. med. Petra Brauel** abzuholen.

Name : \_\_\_\_\_

Name : \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Mir ist bekannt, dass ich diese Regelung jederzeit wieder rückgängig machen kann.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift