

Bitte streichen Sie die einzelnen Optionen durch, wenn sie für Sie nicht in Frage kommen.  
Unterschreiben Sie bitte zur Bestätigung.  
Bitte beachten Sie jedoch, dass wir ohne Unterschrift keine Rezepte etc. an weitere Personen oder Apotheken weiterleiten dürfen!

**Einwilligung zur Fremdadholung:**  
Rezepte, Überweisungen, Befunde, Atteste/Gutachten u.a.

Name des Patienten (+ evtl. Betreuer):
Vorname:
Geburtsdatum:

Hiermit bevollmächtige ich, bis auf Widerruf, folgende Personen für mich Rezepte, Überweisungen, Befunde, Atteste/Gutachten in der Praxis Dr. J. Neumaier abzuholen:

Name, Vorname, Geburtsdatum

Ich erlaube, bis auf Widerruf, dass die Praxis Dr. J. Neumaier von mir bestellte Medikamentenverordnungen (Rezepte) auf meine Bitte hin an die von mir gewünschte Apotheke weiterleitet (per Fax), damit ich von ihr beliefert werde. Für die Beförderung des Originals muss ich bzw. die jeweilige Apotheke sorgen.

Name und Ort der Apotheke

ODER:

Ich erlaube, bis auf Widerruf, dass die **Medicon Apotheke, Neumühle 2** auf meine Bitte hin von mir bestellte Medikamentenverordnungen (Rezepte) in der Praxis Dr. J. Neumaier abholen kann.

---

Ort, Datum, Unterschrift