

## Auftrag zur Beschaffung von Arzneimitteln

Name, Vorname des/der Pflegebedürftigen	Geburtsdatum
Name, Vorname des Betreuers	
Tag der Aufnahme in die Einrichtung	

**Hiermit übertrage ich die Arzneimittelbeschaffung und gegebenenfalls die Verwaltung der Betäubungsmittel, sowie die Auswahl der Apotheke an die Heimleitung des Hauses Wohlbehagen.**

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift