



meditz

Medizinisches Diagnostik- und
Therapiezentrum Würzburg

Kinder- und Jugendpsychiatrie
Psychiatrie
Psychotherapie
Neurologie

meditz Würzburg · Frankfurter Straße 15a · 97082 Würzburg

Einverständniserklärung für Betäubungsmittelpflichtige Medikamente - Rezeptabholung Minderjährige -

Patient: Nachname, Vorname, Geburtsdatum

Hiermit erkläre(n) ich/wir mich/wir damit einverstanden, dass meine/unsere minderjährige Tochter bzw. mein/unsere minderjähriger Sohn oder folgende Person,

Nachname, Vorname, Geburtsdatum

das in der meditz GmbH MVZ verordnete Betäubungsmittel abholen darf.

Datum, Unterschrift Erziehungsberechtigter