

Hiermit bevollmächtige ich,

Name:	Geburtsdatum:
-------	---------------

die folgend genannte Person, mein bei Ihnen vorliegendes Rezept abzuholen.

**Bevollmächtigte Person:**

Name:	Geburtsdatum:
-------	---------------

**Bitte denken Sie daran dem\*der Bevollmächtigten Ihre Versicherungskarte mitzugeben. Der\*die Bevollmächtigte muss sich auf Verlangen ausweisen können (Personalausweis).**

**Datum:**

**Unterschrift:**

\_\_\_\_\_

Stand 01.2026

**OCW / Orthopädie Chirurgie Würzburg**

Oeggstraße 3      info@ocwuerzburg.de  
97070 Würzburg    www.ocwuerzburg.de



**PARACELSUS  
MEDIZINISCHE  
UNIVERSITÄT**



D-Ärzte für Arbeitsunfälle,  
Schul- und Kindergartenunfälle