

# DR. MED. CLAUDIUS LACHMANN

Facharzt für Augenkrankheiten



Retinologie  
Kinderophthalmologie  
Kontaktlinsenberatung

Neuroophthalmologie  
Gutachten/Bescheinigung  
Laserchirurgie

Sehschule-Orthoptik  
Vorsorge CheckUp  
Plastische Lidstraffung

## Spezialpraxis für Ästhetische Medizin

Schonende Faltenbehandlung mit Botulinumtoxin u. Hyaluronsäure  
Gesichts- u. Lippenmodellierung • Volumenaufbau • Mesotherapie • Hautverjüngung

Wickerer Str. 8-10 • 65439 Flörsheim am Main

Telefon 06145 7878 • Fax 06145 7848

[www.augenarzt-dr-lachmann.de](http://www.augenarzt-dr-lachmann.de)

## Einwilligung zur Fremdabholung: Rezepte, Überweisungen, Befunde, Atteste/Gutachten u.a.

Name ( <b>Bevollmächtigter</b> )
Vorname
Geburtsdatum

Hiermit bevollmächtige ich, bis auf Widerruf, folgende Personen für mich Rezepte, Überweisungen, Befunde, Atteste/Gutachten in der Augenarztpraxis Dr.C.Lachmann abzuholen:

Name ( <b>Abholer</b> )
Vorname
Geburtsdatum

Ich wünsche, dass die Augenarztpraxis Dr.C.Lachmann von mir bestellte Medikamentenverordnungen (Rezepte) an die von mir gewünschte Apotheke weiterleitet, damit ich von dort beliefert werde:

Name, Ort der Wunschapotheke
------------------------------

Ort, Datum, Unterschrift