

Einverständniserklärung des Patienten zur Abholung von Rezepten/Überweisungen durch Angehörige

Durch den Patienten auszufüllen!

.....

Name, Vorname

.....

Geburtsdatum

.....

Anschrift

- Ich bin damit einverstanden, dass mein/meine u.a. Angehöriger/Angehörige Rezepte und/oder Überweisungen in meinem Auftrag, in der Arztpraxis abholen dürfen.
Dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen kann, ist mir bekannt.

.....

Name, Vorname des Angehörigen/der Angehörigen

.....

Geburtsdatum

.....

Anschrift

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift des Patienten