



Hiermit bestätige ich, dass sich die Person, für die ich das Rezept/  
Überweisung/ Arztbrief/ Unterlagen hole, derzeit nicht im Krankenhaus  
befindet oder nicht in der Lage ist, sich seine Unterlagen selbstständig  
abzuholen und mich ausdrücklich dazu aufgefordert hat diese entgegen  
zu nehmen.

Sollte der Patient dennoch im Krankenhaus sein, werden dem  
Patienten die Gesamtkosten der Medikamente später Privat in  
Rechnung gestellt.

Bitte leserlich ausfüllen

Name, Vorname des Patienten: \_\_\_\_\_

Ihr Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Ihre Unterschrift: \_\_\_\_\_