



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: _____