

**Anforderung von Rezepten und Überweisungen
bei vorliegender Versichertenkarte**
per Einwurf im Briefkasten, per Fax oder E-Mail

**FACHARZT
ZENTRUM**

VIELE SPEZIALISTEN, EIN WEG.

Hiermit bevollmächtige ich,
(Patient)

Name	Vorname	Geburtsdatum

(Bevollmächtigter)

Herrn/Frau _____ geb.: _____ aktuelle Tel. Nr.: _____

Behandelnder Arzt (bitte ankreuzen):

Dr. med. Claudia Bauer <input type="checkbox"/>	Dr. med. Kerstin Deußing <input type="checkbox"/>
---	---

benötigte Medikamente:

Medikamente	Einnahmeverordnung (Bsp.: 1-0-0)

Benötigte Überweisung zur WV beim Facharzt:

Die Ausgabe kann dann an einem der nächsten Sprechstundentage erfolgen.

Weiter versichere ich hiermit, dass ich mich zurzeit weder in stationärer Behandlung, noch in einer Rehabilitationsmaßnahme befinde.

Ort, Datum

Unterschrift Patient