

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



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"/>	Christian Muffel <input type="checkbox"/>	Michael Oberender <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