

Patient:

MVZ NeuropraxisLev Dr. Winter & Kollegen

Name, Vorname:

Dr. med. Hans-Hermann Winter
Dr. med. Pia Juraschek
Dr. med. Michaela Trojan
Dr. med. Cornelia Blume

Geburtsdatum:

Einwilligungserklärung zur Anforderung, Abholung oder Weiterleitung von Verordnungen und Überweisungen

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass folgende Personen

Name, Vorname: _____ geb. am _____

Name, Vorname: _____ geb. am _____

Anforderung und Abholung von Verordnungen und Überweisungen

Zutreffendes bitte ankreuzen

- Medikamentenbestellungen für mich anfordern und abholen dürfen
- Heil- oder Hilfsmittelverordnungen für mich anfordern und abholen dürfen
- Überweisungen für mich anfordern und abholen dürfen

Weiterleitung von Verordnungen

Hiermit beauftrage ich das MVZ NeuropraxisLev meine

- Medikamentenverordnung
- Heil- oder Hilfsmittelverordnung

an folgende Apotheke/Physio-/Ergotherapie-Praxis (ggf. postalisch) weiterzuleiten:

Name, Anschrift: _____

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten/ des gesetzlichen Vertreters