

## Beauftragung zur Rezeptanforderung

Hiermit bevollmächtige ich / mein gesetzlicher Vertreter

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

### Gesetzliche Vertreter

Name \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

die Firma \_\_\_\_\_

von der Praxis \_\_\_\_\_ ab dem \_\_\_\_\_

Rezepte für Hilfs-, Verbands- oder Arzneimittel für folgende Therapiebereiche anzufordern:

Stomaversorgung

Kontinenzversorgung

VAC-Versorgung

Wundversorgung

Enterale Ernährung

Ablauf PEG

Trinknahrung

Irrigation

Fistelversorgung

Brustprothetische Versorgung

Parenterale Ernährung

Pouch

Subcutane Infusionstherapie

Ich bin ausdrücklich damit einverstanden, dass die entsprechenden Rezepte per E-Mail, oder Fax und im Original bis auf Widerruf an die bevollmächtigte Firma gesendet werden dürfen.

\_\_\_\_\_  
Datum, Ort

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Kundin / Kunde /  
Gesetzliche Verteter