

Rezeptabholung durch eine/n Angehörige/n

Betrifft Patient/in: Geboren am:

Ich wurde vom oben genannten Patienten beauftragt, ein Rezept für Medikamente aus der Onkologischen Praxis Oldenburg/Delmenhorst abzuholen.

Mir ist bewusst, dass die Praxis kein Rezept ausstellen darf, wenn sich der Patient stationär im Krankenhaus befindet.

Mit meiner Unterschrift versichere ich, dass der oben genannte Patient sich derzeit nicht im Krankenhaus oder einer anderen stationären Einrichtung befindet.

Name des Angehörigen (in Druckschrift):

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift des Angehörigen

- Diese Einverständniserklärung ist nur notwendig, wenn eine Entbindung von der Schweigepflicht für den oben angegebenen Angehörigen nicht vorliegt!

Einverständniserklärung des Patienten

Ich bin damit einverstanden, dass der oben genannte Angehörigen für mich ein Rezept aus der Onkologischen Praxis Oldenburg/Delmenhorst abholt.

Mir ist bewusst, dass die Praxis kein Rezept ausstellen darf, wenn ich mich zur stationären Behandlung in einem Krankenhaus befinde.

Wenn ein Rezept aus der ambulanten Praxis für einen stationären Patienten ausgestellt wird, werden **die Kosten nicht von der Krankenkasse übernommen!** In einem derartigen Fall muss **ich als Patient die Kosten selbst übernehmen.**

Die Einverständniserklärung kann ich jederzeit widerrufen.

Name des Patienten (in Druckschrift):

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift des Patienten