



Temporärer Übertritt HeGeBe



Vorname:

Name:

Geburtsdatum:

Wohnadresse:



Name:

Adresse:

Zuständige/r Arzt/Ärztin:

Tel.:

E-Mail:

Adresse für
Rechnungsstellung:



An Empfänger Institution

Name:

Adresse:

Zuständige/r Arzt/Ärztin:

Tel.:

E-Mail:

Wie bereits telefonisch besprochen, soll der/die genannte Patient/-in

vom

bis

Betäubungsmittel in Ihrem Zentrum beziehen.

Dosierung und Galenik DAM: Morgens

Mittags

Abends

Datum

Datum

Datum

Sonstige OAT:

Medikamente:

Weitere Bemerkungen:

Absender/Absenderin

Datum

Stempel / Unterschrift