

per Fax an 040 / 22 802-420
oder per E-Mail an praxisberatung@kvhh.de

<p style="text-align: center;">Mitteilung über einen VERDACHTSFALL eines ARZNEIMITTELMISBRAUCHS</p>
--

Angaben zum Patienten:

m w d

Alter: _____ PLZ oder Wohnort: _____

Krankenkasse: _____

Datum des Kontaktes: _____

Angaben des Patienten:

gewünschtes Arzneimittel:

behandelnde Ärzte:

Diagnose und Beschwerden:

Anhaltspunkte für das Vorliegen eines Missbrauchs:

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die gemachten Angaben in anonymisierter Form im KVH-Journal veröffentlicht werden. Die Veröffentlichung erfolgt derart, dass weder ein Rückschluss auf meine Praxis noch auf die Identität des Patienten möglich ist.

Datum

Unterschrift / Arztstempel