

Fax 040 / 22 802-800  
verordnung@kvhh.de

**Mitteilung über einen VERDACHTSFALL eines  
ARZNEIMITTELMISBRAUCHS**

**Angaben zum Patienten:**

m            w            d

Geburtsjahr: \_\_\_\_\_ PLZ oder Wohnort: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Datum des Kontaktes: \_\_\_\_\_

**Angaben des Patienten:**

behandelnde Ärzte:

gewünschte(s) Arzneimittel:

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