

## Bestätigung des behandelnden Arztes



Ich ermächtige hiermit DGKS Natalija Frank meiner Patientin/meinem Patienten:

(Vorname, Zuname)

folgende Substanz zu verabreichen:

(Substanzname, Dosis und Zeitspanne: z.B. 1x pro Monat, 1x6 Monate, für x Jahre, von Datum A bis Datum B)

(Offizieller Stempel des Arztes)

.....  
(Datum, Unterschrift)

.....  
(Name des Arztes in Blockbuchstaben)

Mangelhaft oder nicht vollständig und korrekt ausgefüllte Formulare können leider nicht anerkannt werden.