

Fax 040 / 22 802-686
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