

## Einverständniserklärung

Hiermit erkläre ich,

---

Name, Vorname

Geburtsdatum

B. Allzeit  
Dr. med. M. Kaufmann  
Dr. med. M. Könighaus  
M. Neuhaus  
Dr. med. B. Philipps  
C. Stork

Werler Straße 113 – 115  
59063 Hamm

Telefon: 0 23 81 - 95 53 0  
Telefax: 0 23 81 - 95 53 20

E-Mail: info@obzh.de  
Internet: www.obzh.de

mich damit einverstanden, dass Rezepte von anderen Personen in meinem Namen abgeholt werden dürfen, wenn diese die Versichertenkarte vorlegen können.

---

Datum / Unterschrift

Ich bin berechtigt, gemäß SGB V §73 Absatz 1b diese Einverständniserklärung jederzeit zu widerrufen.