

# Rückantwort an Pflegeeinrichtung

Antwort auf Ihr Fax vom: \_\_\_\_\_

Zuständige Pflegefachkraft: \_\_\_\_\_

Patient/in Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Hausbesuch wird stattfinden am: \_\_\_\_\_

Bitte folgende Medikation:

Sonstiges:

---

---

---

---

---

---

---

---

ab sofort                      Rezept unterwegs

ab dem: \_\_\_\_\_

bis zum: \_\_\_\_\_

bis zum Hausbesuch

## Absender

Name Arzt/Ärztin: \_\_\_\_\_

Name MFA: \_\_\_\_\_

Telefon-Nr. Arztpraxis: \_\_\_\_\_

Stempel, Unterschrift

Datum und Uhrzeit: \_\_\_\_\_



Ihr Partner in der Wundversorgung