

Dipl.-Med. Martina Berrisch
Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie
Bullenberg 10, 29221 Celle
Telefon: 05141 – 20 87 83 3 Fax: 05141 – 20 87 83 4

Abholbescheinigung

Betr.:

Als Sorgeberechtigte(r) für das o.g. Kind bin ich mit der Abholung von Rezepten, Verordnungen sowie Bescheinigungen/Befunden* durch

Name, Vorname, Geburtsdatum (Legitimation durch Ausweisdokument in der Praxis)

Name, Vorname, Geburtsdatum (Legitimation durch Ausweisdokument in der Praxis)

Celle, den _____ (Unterschriften Sorgeberechtigte)

*Bitte beachten Sie unsere Datenschutzrichtlinien (EU-Datenschutz-Grundverordnung) – Aushang in der Praxis oder auf unserer Internetseite (unter Datenschutz)