GEMEINSAM ZUKUNFT GESTALTEN
LANDKREIS LÖRRACH

Landratsamt Lörrach
SG Hilfe zur Pflege
Palmstraße 3
79539 Lörrach

Bescheinigung über die Kostenübernahme für nicht verschreibungspflichtige Medikamente

Für

Name _____ Vorname _____

Straße _____ PLZ/Ort _____

ist die Einnahme von folgendem Medikament/folgender Medikamente erforderlich:

☐ _____

☐ _____

Das Erfordernis steht im Zusammenhang mit folgender Erkrankung/Diagnose/
folgendem Behandlungsbedarf (bitte näher ausführen).

_____

_____

_____

_____

Herr/Frau _____ ist aufgrund von _____
in meiner ärztlichen Behandlung.

Nach Untersuchung und Diagnosestellung habe ich bezeichnete Behandlung/Therapie/Maßnahme empfohlen um die

☐ Verbesserung der Gesundheit ☐ Schmerzlinderung

☐ Vermeidung von Folgeschäden

☐ Sonstiges (bitte näher ausführen) _____

_____

zu erreichen.

Angaben zur Praxis

_____
Name, Fachrichtung

_____ _____ _____
Adresse Datum Stempel, Unterschrift