# Privatrezept

## Arzt

Name: [Name]
Adresse: [Adresse]

## Patient

Name: [Name]
Geburtsdatum: [Datum]

## Medikamente

1. [Medikament 1]
2. [Medikament 2]

## Datum und Unterschrift

Ausgestellt am: [Datum]
Unterschrift: [Name]