

Anforderungen von Medikamenten und Überweisungen

Sehr geehrte Patientinnen und Patienten

bitte füllen Sie die Anforderung möglichst genau aus und geben Sie diese an uns zurück (in der Praxis, Einwurf in den Briefkasten, Post, Fax 07633 50795).

Sie haben auch die Möglichkeit Ihre Anforderungen auf unseren Anrufbeantworter zu sprechen: 07633 81666.

Wir werden die Anforderung innerhalb von 2 Arbeitstagen bearbeiten, und Sie können Ihre Anforderungen ohne lange Wartezeiten in der Praxis abholen oder in der Apotheke einlösen (eRezept).

Vielen Dank

Wie möchten Sie Medikamentenrezepte erhalten?

(Anmerkung: Privat Rezepte und Überweisungen müssen immer in der Praxis abgeholt werden.)

- Ich möchte sie in der Praxis abholen
- Ich möchte sie als eRezept erhalten

| Name, Vorname | Geburtsdatum |
|---------------|--------------|
| | |

| Medikament Stärke (z.B. mg) | Menge |
|-----------------------------|-------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

| Überweisung an | Grund/Beschwerden |
|----------------|-------------------|
| | |
| | |