

# REZEPTANFORDERUNG

Liebe Patientin, lieber Patient!

Bitte füllen Sie für eine Rezeptanforderung folgendes Formular aus und geben es anschließend bei uns in der Praxis ab oder werfen Sie es in unseren dafür vorgesehenen Postkasten.

## PERSÖNLICHE ANGABEN

Freiwillige Angaben sind mit \* gekennzeichnet

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon\*: \_\_\_\_\_ Mobil\*: \_\_\_\_\_

E-Mail\*: \_\_\_\_\_

Medikamentenname	Dosierung	Menge/Packungsgröße

Routineüberweisung anfordern

Facharzt

Überweisungsgrund

- Dauermedikation
- Ich habe das Medikament gut vertragen und würde es gerne weiter einnehmen
- Ich hätte gerne vor der Verordnung ein kurzes Arztgespräch
- Ich habe keine Fragen mehr zu dem Medikament
- Abholung in der Praxis
- Abholung in/ Lieferung an Apotheke:

Apothekenwunsch: \_\_\_\_\_