

Anforderung von Rezepten und Überweisung

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Folgerezeptwunsch:

Medikament	Stärke	Einnahme
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Überweisung:

zum Facharzt	Grund
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Bitte beachten Sie:

Auch beim eRezept müssen wir Ihre **Krankenversichertenkarte einmal pro Quartal** vor der ersten Rezeptaussstellung / Überweisung in der Praxis einlesen.

Bitte denken Sie daran, Ihre Bestellung **rechtzeitig – idealerweise 1–2 Wochen vor dem Ende Ihrer Packung** – aufzugeben. Aufgrund von Lieferengpässen kann es sonst zu Verzögerungen kommen. Wir bitten Sie um Verständnis, dass dieser Service nur für Patienten zur Verfügung steht, die bereits in Behandlung bei uns sind. Neupatienten stellen sich bitte persönlich in der Praxis vor.

Anforderung von Rezepten und Überweisung

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Folgerezeptwunsch:

Medikament	Stärke	Einnahme
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Überweisung:

zum Facharzt	Grund
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Bitte beachten Sie:

Auch beim eRezept müssen wir Ihre **Krankenversichertenkarte einmal pro Quartal** vor der ersten Rezeptaussstellung / Überweisung in der Praxis einlesen.

Bitte denken Sie daran, Ihre Bestellung **rechtzeitig – idealerweise 1–2 Wochen vor dem Ende Ihrer Packung** – aufzugeben. Aufgrund von Lieferengpässen kann es sonst zu Verzögerungen kommen. Wir bitten Sie um Verständnis, dass dieser Service nur für Patienten zur Verfügung steht, die bereits in Behandlung bei uns sind. Neupatienten stellen sich bitte persönlich in der Praxis vor.