Rezeptanforderung

Bitte füllen Sie dieses Formular vollständig leserlich aus und werfen Sie es (zum Quartalsanfang mit Gesundheitskarte) in unseren Briefkasten. Das Rezept liegt am Folgetag für Sie ab ca. 11 Uhr zur Abholung bereit. Falls Sie unsicher sind, heften Sie bitte die Medikamentenpackung an dieses Formular.

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Telefon: _____

Medikamentenname	Wirkstärke (mg)	Packungsgröße (z.B. N2)

Therapieverordnung (Logo, Ergo, Physio etc.) oder Überweisungswunsch

Bitte füllen Sie dieses Formular vollständig leserlich aus und werfen Sie es (zum Quartalsanfang mit Gesundheitskarte) in unseren Briefkasten. Beachten Sie bitte, dass meistens eine Überprüfung der Wirksamkeit einer Therapie im Quartal stattgefunden haben muss und nicht einfach „Folgeverordnungen“ ausgestellt werden. Zudem muss in der Regel ein Therapiebericht des Therapeuten vorliegen, damit eine Fortsetzung stattfinden kann. Bei Überweisungswünschen muss ebenso die Notwendigkeit überprüft worden sein, „Folgeüberweisungen“ werden nur bei chronischen Erkrankungen nach Vorlage des Berichts ausgestellt.

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Telefon: _____

Therapierezept (Ergo, Logo etc.)	Begründung
Überweisung an Facharzt	**Begründung**