

REZEPTANFORDERUNG

Gesetzlich versicherte Patient*innen

Ich bitte um Zusendung eines Rezeptes für

Name: _____
Geburtsdatum: _____
Straße: _____
PLZ und Ort: _____
Telefon: _____
E-Mail: _____

Bei Familienversicherung: Name und Geburtsdatum des Versicherungsnehmers:

Name: _____
Geburtsdatum: _____

Gewünschte Medikamente:

- Name des Medikaments: _____
Dosierung (z.B. mg): _____
- Name des Medikaments: _____
Dosierung (z.B. mg): _____
- Name des Medikaments: _____
Dosierung (z.B. mg): _____

Datum

Unterschrift

Bitte beachten Sie, dass wir Ihren Rezeptwunsch nur erfüllen können, wenn uns für das aktuelle Quartal eine Überweisung vom Hausarzt oder Neurologen vorliegt.

Telefonisch erreichen Sie die Ambulanz unter Tel. 0228 287-16195