

Rezept-/ Überweisungsanforderung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, bitte geben sie entsprechende Rezepte und Überweisungsanfragen über unser **Online-Portal** an: www.hausarzt-hungen.de

Sollte es ihnen online nicht möglich sein, können sie die Anfrage alternativ mit diesem Formular stellen. Bitte beachten sie, dass nur entsprechende Dauermedikationen angefordert werden können. Diese sollten auch auf ihrem aktuellen Medikamentenplan aufgeführt sein.

Für eventuelle Rückfragen notieren sie bitte ihre Telefonnummer unter der sie erreichbar sind.

Die Bearbeitung ihrer Bestellung kann bis zu **2 Werktage** in Anspruch nehmen. Das Rezept wird als **E-Rezept** freigeschaltet und sie können es mit ihrer Versicherungskarte in den Apotheken einlösen. Soll das Medikament von den hiesigen Apotheken geliefert werden, müssen sie dies mit den Apotheken direkt klären. Kreuzen sie bitte in diesem Fall die entsprechende Apotheke an.

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Telefonnummer: _____

Name des Medikamentes	Stärke	mo	mi	ab	na	N1, 2, 3
<i>z.B. Ramipril</i>	<i>5 mg</i>	<i>1</i>		<i>1</i>		<i>N3</i>
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						

z.B. Ramipril, 5 mg, Einnahme morgens und abends, Packungsgröße N3 (groß)

Lieferung ist mit folgender Apotheke vereinbart: Phönix Apotheke Hof Apotheke

Fachrichtung/Facharzt	Beschwerden/Grund
<i>z.B. Orthopädie</i>	<i>z.B. Rückenschmerzen</i>
1.	
2.	
3.	

z.B. Überweisung Orthopädie wegen Rückenschmerzen

Die Überweisung muss in der Praxis abgeholt werden.

Datum:

Unterschrift: