

per Fax an: 0381 - 37555223

REZEPTANFORDERUNG

Nachname _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Anschrift _____

Telefon für Rückfragen _____

Ich benötige Folgerezepte für

1. Medikament	Stärke (mg)	Anzahl Packungen	Tagesdosis
_____	_____	_____	_____
2. Medikament	Stärke (mg)	Anzahl Packungen	Tagesdosis
_____	_____	_____	_____
3. Medikament	Stärke (mg)	Anzahl Packungen	Tagesdosis
_____	_____	_____	_____
4. Medikament	Stärke (mg)	Anzahl Packungen	Tagesdosis
_____	_____	_____	_____
5. Medikament	Stärke (mg)	Anzahl Packungen	Tagesdosis
_____	_____	_____	_____
6. Medikament	Stärke (mg)	Anzahl Packungen	Tagesdosis
_____	_____	_____	_____

Meine Krankenversicherungsdokumente liegen Ihnen für das aktuelle Quartal bereits vor
oder ich lege sie spätestens zur Rezeptabholung vor.

☐ Ich bin nicht in einem Krankenhaus in stationärer Behandlung (Pflichtfeld)

Hamburg, den

Datum

Unterschrift