

## REZEPTANFORDERUNG

Privat versicherte Patient\*innen

### Ich bitte um Zusendung eines Rezeptes für

Name: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_  
PLZ und Ort: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_

### Gewünschte Medikamente:

1. Name des Medikaments: \_\_\_\_\_  
Dosierung (z.B. mg): \_\_\_\_\_  
Packungsgröße (z.B. N3) /  
Anzahl Tabletten: \_\_\_\_\_
2. Name des Medikaments: \_\_\_\_\_  
Dosierung (z.B. mg): \_\_\_\_\_  
Packungsgröße (z.B. N3) /  
Anzahl Tabletten: \_\_\_\_\_
3. Name des Medikaments: \_\_\_\_\_  
Dosierung (z.B. mg): \_\_\_\_\_  
Packungsgröße (z.B. N3) /  
Anzahl Tabletten: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Bei Rückfragen erreichen Sie das Vorzimmer von Herrn Prof. Dr. R. Surges  
unter Tel. 0228 287-15728