

## 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**