



Hausarztpraxis

BOEHMER • DR. STEINBEIS • DR. DICKE
Fachärztinnen für Allgemeinmedizin
Möllendorffstr. 45 | 10367 Berlin
Tel 030 5779 7490 | Fax 5779 7499

Name:

Vorname:

Geb.-Datum:

Tel.-Nr.:

Ich bitte um ein neues Rezept für folgende Medikamente:

| Name des Wirkstoffes | Evtl. Hersteller, zum Beispiel Hexal, Stada | Stärke der Tablette, zum Beispiel 10 mg | Größe der gewünschten Packung, z. B. N3 |
|----------------------|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Anmerkungen:.....

.....

- Ich hole das Rezept nach mindestens 2 Werktagen in der Praxis ab.

(Vorlage der Versicherungskarte bei Abholung)

Wenn wir Ihre Versicherungskarte dieses Quartal schon eingesehen haben, stehen auch folgende Optionen für Sie zur Wahl:

- Ich bitte, mir das Rezept zuzusenden. Einen frankierten und adressierten Umschlag lege ich bei.
- Ich bitte darum, dass das Rezept in der Möllendorff-Apotheke abgegeben wird. Ich kann dann die bestellten Medikamente dort abholen.
- Ich bitte darum, das Rezept an eine Apotheke meiner Wahl zu senden. Einen frankierten und adressierten Umschlag lege ich bei.

Nehmen Sie dieses Formular gerne bereits aus der Praxis mit nach Hause oder laden Sie es auf unserer Homepage herunter. Füllen Sie es in Ruhe zu Hause aus und geben Sie es in der Anmeldung ab oder werfen Sie es in den Briefkasten.

Jede Rezeptbestellung wird zur Sicherung der Qualität unserer Arbeit noch mal von dem Arzt / der Ärztin überprüft. Daher **bestellen Sie bitte mindestens 2 Werktage vor Abholung.**

Verordnungen sind eine wichtige medizinische Leistung und wir möchten fortlaufend deren Qualität sichern. Das ist im gemeinsamen Interesse von Patient*in und Arzt/Ärztin. Wir bedanken uns für Ihr Verständnis.

Ihr Praxisteam