

# Rezeptbestellung

Datum:  .  .

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:  .  .

Befreiung von der Zuzahlung?  Ja  Nein

Gerne stellen wir für Sie alle notwendigen Rezepte aus. Damit dies korrekt und zügig erfolgen kann, benötigen wir von Ihnen folgende Angaben:

Präparatname (mit Wirkstärke)	Wirkstoff	Tagesdosis	Form	Packungsgröße	Anzahl	Aut idem
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

## Krankengymnastik

Ja  Nein

Anzahl:   mit Hausbesuch

Um die Rezeptausstellung möglichst effizient zu machen, sichten Sie bitte regelmäßig die Medikamentenbestände und bestellen Sie (in der Regel im Rahmen eines Ambulanzbesuches) **ALLE** Medikamente in der Menge nach, dass die Bestände mindestens 3 Monate, also mindestens bis zum nächsten Ambulanzbesuch ausreichen. Auf diese Weise können wir erreichen, dass die Dauermedikation nur bei den Ambulanzbesuchen rezeptiert werden muss. In Ausnahmefällen können wir Ihnen Rezept nach schriftlicher Bestellung auch per Post zusenden. Dies ist allerdings nur möglich, falls Sie uns einen ausreichend frankierten und adressierten Rückumschlag in der Ambulanz hinterlegen oder einen solchen mitschicken.

Weiterhin ist zu beachten, dass eine Rezeptausstellung **NUR** möglich ist, sofern eine Überweisung für das jeweilige Quartal vorliegt (Quartalsbeginn: 1.Januar/1.April/1.Juli/1.Oktober).

Sie können die ausgefüllte Rezeptbestellung auch an: [christiane-herzog-zentrum@mh-hannover.de](mailto:christiane-herzog-zentrum@mh-hannover.de) senden.