

Rezeptbestellung MHH-Kinderklinik Christiane-Herzog-Ambulanz	Name				Befreiung von der Zuzahlung	
	Geburtsdatum					
Präparatname (mit Wirkstärke)	Wirkstoff	Form (Tablette, Dragees, usw.)	Tages- dosis	Packungs- größe	Anzahl	Aut idem
<i>Beispiel</i> Mucoclear 6%	Kochsalz 6%	Ampullen	2x1 Amp.	60 Amp.	3	
<i>Beispiel</i> Omep 20mg	Omeprazol	Kapseln	1x1 Kapsel	100 Kps./N3	1	<input checked="" type="checkbox"/>

Krankengymnastik: Hausbesuch	Ja Nein
---	---------------------

Bestellen sie **ALLE** Medikamente bitte in der Menge (in der Regel im Rahmen eines Ambulanzbesuches), dass die Bestände mindestens **3 Monate**, also mindestens bis zum nächsten Ambulanzbesuch ausreichen.

In Ausnahmefällen können wir Ihnen ein Rezept nach schriftlicher Bestellung auch per Post zuschicken aber nur wenn sie einen ausreichend frankierten und adressierten Rückumschlag in der Ambulanz hinterlegt haben oder einen solchen mitschicken.

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

Senden Sie die ausgefüllte Rezeptbestellung bitte an: Bei Betreuung in der Kinderklinik Bei Betreuung in der Christiane-Herzog-Ambulanz:	kinderlunge@mh-hannover.de Christiane-Herzog-Zentrum@MH-Hannover.de
---	--