

Neu: Vereinfachte Bestellmöglichkeit für Folgerezepte

Liebe Patienten,

Wir möchten Sie auf unsere neue Bestellmöglichkeit für die Ausstellung von Folgerezepten hinweisen. Mithilfe dieses Formulars können Sie ab sofort ohne Praxiswartezeiten Folgerezepte bestellen. Bitte rechnen Sie mit 1 bis 2 Tagen Bearbeitungszeit sowie möglichen Lieferzeiten Ihrer Apotheke. Die Rezeptanforderung können Sie einfach in unseren Praxisbriefkasten einwerfen oder beim Team abgeben. Denken Sie daran, dass uns Ihre Versicherungskarte und ggf. Befreiungsausweise für das aktuelle Quartal vorliegen.

Bitte bedenken Sie auch, dass dieses Angebot nicht für erstmals verordnete Medikamente gelten kann, da hierfür natürlich vorher ein Arztgespräch stattfindet. Das gilt übrigens auch dann, wenn Sie Ihre Medikamente vorher bereits auswärts von anderen Ärzten verordnet bekommen haben. Und auch bei schon länger verordneten Medikamenten gilt: Besprechen Sie Wirkung und mögliche Nebenwirkungen mindestens einmal jährlich mit Ihrem Arzt. Nutzen Sie hierfür gern auch die Möglichkeit am Ende des Formulars, für eine Terminvergabe von unserem Team zurückgerufen zu werden.

Beispiel zum Ausfüllen:

Medikament (Name und Wirkstoffgehalt)	Ibuprofen retard 800 mg			
Einnahme (Stückzahl oder Anzahl Tropfen)	1		1	
	<i>morgens</i>	<i>mittags</i>	<i>abends</i>	<i>nachts</i>

Ihre Praxis Steppuhn

Rezeptanforderung für _____ (Name)

Medikament (Name und Wirkstoffgehalt)				
Einnahme (Stückzahl oder Anzahl Tropfen)				
	<i>morgens</i>	<i>mittags</i>	<i>abends</i>	<i>nachts</i>

Medikament (Name und Wirkstoffgehalt)				
Einnahme (Stückzahl oder Anzahl Tropfen)				
	<i>morgens</i>	<i>mittags</i>	<i>abends</i>	<i>nachts</i>

Medikament (Name und Wirkstoffgehalt)				
Einnahme (Stückzahl oder Anzahl Tropfen)				
	<i>morgens</i>	<i>mittags</i>	<i>abends</i>	<i>nachts</i>

Medikament (Name und Wirkstoffgehalt)				
Einnahme (Stückzahl oder Anzahl Tropfen)				
	<i>morgens</i>	<i>mittags</i>	<i>abends</i>	<i>nachts</i>

Wichtig: Telefonnummer für Rückfragen _____

- Rezept direkt an Apotheke? _____
- Ich bitte um Rückruf der Praxis zur Terminvergabe für ein Arztgespräch

Anmerkungen: _____