

REZEPT (FÜR DAUERMEDIKAMENTE)

**ACHTUNG! Ab sofort bekommen Sie ein elektronisches Rezept (E-Rezept).
Kein Papierausdruck!**

Bitte beachten Sie, das E-Rezepte nur dann ausgestellt werden können, wenn uns

- Ihre Gesundheitskarte vorlag (Quartalsbeginn 01.01./01.04./01.07./01.10.)
- Ohne eingelesene Gesundheitskarte müssen wir Ihre online- Anforderung leider löschen.

Vielen Dank!

Rezepte für Dauermedikamente: Bitte geben Sie unten in der Rezeptanforderung das Medikament + Stärke + Einnahmemenge an (z.B. 1-0-0)

- Von uns bewilligte Wiederholungsrezepte können nach ärztlicher Prüfung **ab dem übernächsten Werktag in der Apotheke abgerufen werden.**
- **Bei Unklarheiten** nehmen wir immer telefonisch mit Ihnen Kontakt auf **zwecks Klärung Ihrer Anforderung.**
- **Privatrezepte, Rezepte für Hilfsmittel sowie grüne Rezepte** werden derzeit weiterhin in Papierform erstellt.
- Bei **Betäubungsmittel-Rezepten** werden weiterhin in Papierform erstellt.
- Dringliche Rezeptanforderungen bitte telefonisch oder persönlich vor Ort bestellen.
- Wir bitten von Doppelanfragen in jeglicher Form abzusehen, da dieses unsere Arbeit unnötig verzögert und behindert.
- Informieren Sie sich auch unter der **Rubrik Aktuelles** über **evtl. Ferien-/Urlaubsabwesenheiten** unserer Praxis. In dieser Zeit werden Anfragen nicht abgerufen und somit nicht bearbeitet.

Vielen Dank!

Dr. Saur & Praxisteam

Rezept

Medikamentenrezepte können Sie auch zeitsparend online bestellen. Dies gilt für alle Medikamente, die unsere Praxis Ihnen zur Einnahme auf Dauer verordnet hat.

Das **Wiederholungsrezept** liegt am **Folgetag ab 9 Uhr (Werktag)** – nach ärztlicher Prüfung – für Sie zur Abholung bereit. Bitte bringen Sie bei der Abholung **Ihre Versichertenkarte mit**, falls diese uns im laufenden Quartal noch nicht vorgelegen hat.

Bitte füllen Sie das folgende Formular vollständig aus. Geben Sie im Feld "Rezeptwunsch" das **Medikament (Name), Packungsgröße** und **Dosierung** (mg/µg) an (z. B. Miraculin forte 10mg, N3). Diese Angaben finden Sie auf der Medikamentenschachtel oder auf unserem Behandlungsplan. Vielen Dank.

Vorname *

Nachname *

Geburtsdatum *

E-Mail Adresse *

Medikament1 *

Medikament2

Medikament3

Medikament4

Zustimmung *

Ja, ich gebe meine Zustimmung für die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten - gemäß der Datenschutzerklärung - zur Bearbeitung und Beantwortung dieser Anfrage. *

Captcha *

4qabT  

* Pflichtfelder

Absenden