

Anforderung von Folgerezepten und Überweisungen

Als Patient unserer Praxis können Sie Rezepte und Überweisungen vorbestellen. Alle Anforderungen werden ärztlich überprüft und sind in der Regel 2 Tage nach Bestellung in der Praxis / Apotheke nach Vorlage ihrer Chipkarte abholbereit.

Diese Anforderung ersetzt nicht die regelmäßige ärztliche Konsultation.

Voraussetzung hierfür ist:

- Es handelt sich um Medikamente, die Sie dauerhaft von uns verordnet bekommen
- Es sind Folgeüberweisungen für mitbehandelnde Fachärzte
- Im jeweiligen Quartal erfolgte eine Vorstellung in der Sprechstunde
- Gültige Chipkarte ist bereits eingelesen bzw. liegt bei

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Telefonnummer: _____

Bemerkungen: _____

Bestätigung des Patienten zum aktuellen Gesundheitszustand und Krankenhausaufenthalt / Reha

Mit meiner Unterschrift bestätige ich nach bestem Wissen:

- Ich befinde mich zum Zeitpunkt dieser Rezeptanforderung nicht in stationärer Krankenhausbehandlung oder zur Rehabilitation.
- Nach meiner aktuellen Kenntnis und meinem derzeitigen Gesundheitszustand besteht kein konkreter Anlass für eine unmittelbar bevorstehende stationäre Krankenhausbehandlung oder einer Rehabilitationsmaßnahme.
- Ich werde die Praxis informieren, wenn sich mein Gesundheitszustand wesentlich verändert oder eine stationäre Aufnahme geplant bzw. erfolgt ist.

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen und Gewissen richtig und vollständig sind.

Hinweis zur Richtigkeit der Angaben

Mir ist bekannt, dass eine Arzneimittelverordnung während einer stationären Krankenhausbehandlung zu einem finanziellen Schaden der Praxis führen kann. Sollte ich vorsätzlich oder grob fahrlässig unrichtige oder unvollständige Angaben zu meinem aktuellen stationären Behandlungsstatus machen und dadurch ein Regress oder sonstiger finanzieller Schaden der Praxis verursacht werden, behält sich die Praxis vor, die ihr hierdurch tatsächlich entstehenden Kosten bzw. einen hieraus resultierenden Schaden gegenüber mir geltend zu machen, soweit dies gesetzlich zulässig ist.

Datum: _____

Unterschrift: _____

Anforderung Rezept

Medikament mit Wirkstärke
z.B.: Metformin 1000

Einnahme
3 x 1 oder 1/ 1/ 1

Anforderung Überweisung

Facharzt
z.B.: Orthopädie

Überweisungsgrund
Kniebeschwerden li
