

Patientenname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_



GEMEINSCHAFTSPRAXIS FÜR ALLGEMEINMEDIZIN  
DRES. MED. PESDITSCHKEK UND BRUNS

Tel	05304 - 2477
FAX	05304 - 931503
E-Mail	praxis@hausaeerzte-in-meine.de
Homepage	www.hausaerzte-in-meine.de

### **REZEPT-/ÜBERWEISUNGSformular**

Sehr geehrte Patientinnen, sehr geehrte Patienten!

Wir möchten Sie bitten uns mit diesem Formular Ihre Rezept- bzw. Überweisungswünsche mitzuteilen. Bitte geben Sie das ausgefüllte Formular bei uns am Empfang ab oder hinterlassen Sie es in unserem Briefkasten.

#### **Wir weisen Sie daraufhin,**

1. dass wir Ihre Wünsche nur bearbeiten können, wenn Sie in dem AKTUELLEN Quartal bereits Ihre Krankenkassenskarte eingelesen haben.
2. dass wir nur Rezepte und Überweisungen ausstellen, die bereits zuvor schon einmal von Ihnen angefordert worden sind und sich somit im System befinden. Für alle neuen Medikamente oder Überweisungen müssen Sie zunächst einen Termin bei einem unserer Ärzte wahrnehmen.
3. dass die Bearbeitungszeit Ihrer Wünsche ein bis zwei Werktage beträgt.
4. dass Sie bitte Ihren vollständigen Namen und Ihr Geburtsdatum auf dem Formular angeben.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr MEINEHausärzte-Team

