

## Vorbestellung

per Fax an 08106 / 3 33 71

Tel.: 08106 / 70 55

Alle mit  gekennzeichneten Felder müssen ausgefüllt werden.

Name: 

Vorname: 


Geburtsdatum:

Straße:

PLZ und Ort:

Telefon oder E-Mail: 

Für Rückfragen und zur Benachrichtigung, sobald Ihr Medikament zur Abholung bereit liegt.

Rezept vorhanden?  Ja  Nein

Rezeptpflichtige Medikamente können nur gegen Vorlage des Rezeptes ausgegeben werden.

Krankenkasse\*:

Kassennummer\*:

Versichertennummer\*:

**\* Bitte unbedingt angeben, wenn ein Kassenrezept vorliegt.**

Sie finden diese Angaben auf Ihrer Versichertenkarte oder auf einem Rezept.

„aut idem“ angekreuzt?

Auf Ihrem Kassenrezept befinden sich am linken Rand des Verordnungsfeldes drei „aut idem“-Kästchen.

**Sollte eines dieser Felder angekreuzt sein, so setzen Sie dieses Kreuz bitte auch in der nachfolgenden Bestellung bei dem entsprechenden Medikament.**

aut idem	Produktbezeichnung	Menge	Packungsgröße (z.B. 100 Stück oder N1)
<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>			

Sonst. Mitteilungen:

Datum:

Unterschrift: