

Anforderung für Folgerezepte und Folgeüberweisungen

Sehr geehrte Damen und Herren,

mit diesem Formular können Sie Überweisungen, die Sie für regelmäßige bzw. wiederkehrende Facharzttermine benötigen, bestellen. Ebenso können Sie mit diesem Formular Rezepte für regelmäßig einzunehmende Medikamente anfordern.

Ab dem 01.01.2024 wird es die rosa Rezepte für Medikamente nicht mehr geben! Fordern Sie bitte Ihre Rezepte über dieses Formular oder über unserer Homepage an. Nach 3 Werktagen Bearbeitungszeit können Sie Ihre Medikamente in der Apotheke abholen; vergessen Sie bitte nicht, ihre Krankenkassenkarte mit in die Apotheke zu nehmen, da diese zur Identifizierung dient. Einen Papierausdruck wird es nicht mehr geben!

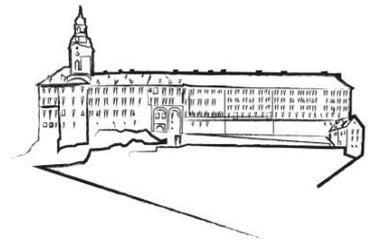
Medikamente für akute Erkrankungen etc. oder Überweisungen für erstmalige Facharzttermine sind mit diesem Formular nicht bestellbar!

Es bedarf weiterhin des ärztlichen Beratungsgesprächs!

- In jedem Quartal muss ein Arzt-Patienten-Kontakt stattfinden!
- Der Pat. darf am Tag der Anforderung nicht in einer Klinik / Reha sein!
- Es muss sich um ein Medikament handeln, das durch diese Praxis regelmäßig verordnet wird.
- Dosisänderungen bzw. Anpassungen bedürfen eines Arzt-Patienten-Gesprächs!
- **Es muss in dem aktuellen Quartal zwingend vor Rezeptbestellungen die Versichertenkarte in dieser Praxis eingelesen worden sein.**

Formulare zur Rezeptvorbereitung finden Sie auch auf unserer Homepage:

www.Gemeinschaftspraxis-Rudolstadt.de



**Gemeinschaftspraxis Rudolstadt
Frau Furcht & Herr Dr. Mortsch**

Trommsdorffstr. 10

07407 Rudolstadt

☎ 03672-342006

www.Gemeinschaftspraxis-Rudolstadt.de

Frau Beatrice Furcht

Fachärztin für Allgemeinmedizin

Fachärztin für Arbeitsmedizin

Taucherärztin

Dr. med. Stephan Mortsch

Facharzt für Allgemeinmedizin

Facharzt für Anästhesie

Leitender Notarzt

Bitte geben Sie bitte IMMER Name / Vorname, Telefonnummer, Geburtsdatum und das Anforderungsdatum an!

Name, Vorname:	
Telefonnr. (für Rückfragen):	
Geburtsdatum:	Anforderungsdatum:
Ich bestätige, dass ich bzw. der Patient nicht im Krankenhaus / Reha ist: <input type="checkbox"/>	

Medikamentenname	Wirkstärke	Einnahme (früh – mittags – abends)

Überweisung zu Facharzt (Name und Fachrichtung):	Überweisungsgrund / Gesundheitliche Beschwerden