**Rezeptbestellung**

|  |
| --- |
| **Name, Geburtsdatum** |
| **Handelsname****(mit Wirkstärke)** | **Wirkstoff** | **Form (Tablette, Dragee…)** | **Tagesdosis** | **Packungsgröße (N)** | **Anzahl** |
| *Beispiel* Mucoclear 6% | Kochsalz 6% | Ampullen | 2x1 Ampulle | 60 Ampullen | 3 |
| *Beispiel* Omep 20 mg | Omeprazol | Kapseln | 1x1 Kapsel | 100 Kps (N3) | 1 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

KG Rezept Anzahl

Hausbesuch ja nein

Bitte bestellen Sie **ALLE** Medikamente in einer für **mindestens 3 Monate** ausreichenden Menge. Bitte bestellen Sie die ALLE benötigten Medikamente im Rahmen Ihres Ambulanzbesuchs. In **Ausnahmefällen** können wir Ihnen ein Rezept auch nach schriftlicher Bestellung per Post zuschicken.

Weiterhin ist zu beachten, dass eine Rezeptausstellung NUR möglich ist, sofern eine **Überweisung** für das entsprechende Quartal vorliegt (Quartalsbeginn 1. Januar, 1. April, 1. Juli, 1. Oktober).

Senden Sie die ausgefüllte Rezeptbestellung an **cf-ambulanz@uk-essen.de**