

# Rezeptbestellung

Name, Geburtsdatum					
Handelsname (mit Wirkstärke)	Wirkstoff	Form (Tablette, Dragee...)	Tagesdosis	Packungsgröße (N)	Anzahl
<i>Beispiel</i> Mucoclear 6%	Kochsalz 6%	Ampullen	2x1 Ampulle	60 Ampullen	3
<i>Beispiel</i> 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 Rezeptaussstellung **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**