

Buchrain-Apotheke: Medikamenten-Vorbestellung

FAX-Nr.: 069-98340124

An
 Buchrain-Apotheke
 Isenburgring 42
 63069 Offenbach
 Tel.: 069/98340125

Nachname: _____ Vorname: _____

Straße und Hausnummer: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____ Kundenkarte vorhanden: Ja: Nein:

Falls sie ein Kassenrezept haben benötigen wir weiterhin folgende Angaben:

Krankenkasse _____ Krankenkassen-Nummer: _____

Zuzahlungsbefreiung Ja: Nein:

Medikament	Stärke	Pack. Größe	Menge	Rezept (bitte ankreuzen)			
				Kein	Privat	Kasse	Aut Idem*

* das Aut-Idem Feld befindet sich bei Rezepten am linken Rand auf Höhe der Medikamente. Bitte angeben, falls dieses auf dem Rezept angekreuzt ist.

Bemerkungen:

Ort, Datum: _____ Unterschrift _____