

An die
Thoraxklinik Heidelberg gGmbH
Pulmonale Hypertonie Ambulanz
Röntgenstraße 1
69126 Heidelberg

Anforderung eines Rezepts

Bitte rechtzeitig, mindestens 14 Tage vor benötigter Einnahme anfordern!

Eine Bestellung ist nur bei vorhandener Überweisung möglich.

Sie können uns die Anforderung per Post oder gerne auch elektronisch übermitteln. Nutzen Sie hierzu bitte folgenden Link zum Hochladen des ausgefüllten Dokumentes:

<https://datenaustausch.thoraxklinik-heidelberg.de/public/upload-shares/ujdAJS3ejXqOsLDIOIFkzDIki6iGc9iH>



(diesen Link können wir Ihnen gerne per Mail zusenden oder nutzen Sie den QR-Code)

Der Überweisungsschein muss für die Bearbeitung der Rezeptanforderung im Original vorliegen. Nur wenn der Überweisungsschein vorliegt, ist die Ausstellung Ihrer Rezepte möglich.

Name des Medikaments Einzeldosis-Stärke (mg, ml, etc.)	Dosierung Zeitpunkt und Menge (z.B. 1-1-1 oder 1-0-0)	Packungsgröße (N1, N2, N3)

Name/Vorname: _____ Tel. Nr.: _____

Geb. Datum: _____ Krankenkasse: _____

Ich versichere, mich **nicht in stationärer Behandlung/Reha** zu befinden. Sollte ich vor Zusendung des Rezeptes stationär aufgenommen werden, werde ich das Rezept nicht nutzen, sondern zurücksenden.

- ☐ Einen Überweisungsschein für das laufende Quartal habe ich beigelegt/ per Post verschickt.
- ☐ Ich war bereits in dem aktuellen Quartal bei Ihnen in Behandlung/ Überweisungsschein liegt vor.

Freundliche Grüße

Datum