

Liebe Patienten, liebe Patientinnen

bitte bringen Sie zum nächsten Ambulanzbesuch die untenstehende Rezeptanforderung **vollständig** ausgefüllt wieder mit. Sie können diese auch gerne vorab faxen oder mailen. (Fax-Nr. 06221-396-1752 oder E-Mail: v-thor.mukoviszidose@med.uni-heidelberg.de) Die **telefonische Annahme** von Rezeptwünschen bitten wir organisationsbedingt **zu vermeiden**.

Name/Vorname: _____

Vierteljährliche Medikamentenbestellung

| Medikamentenbezeichnung | mg/ug/I.E. | Packungsmenge |
|-------------------------|----------------|------------------------|
| z.B. Ursofalk / UDC | 250 mg /500 mg | 2x 100 Kps. bzw. 2x N3 |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Falls Sie **nur Rezepte ohne Ambulanzbesuch** anfordern möchten, bitten wir Sie diesen Vordruck ausgefüllt mit **aktuellem Überweisungsschein und Rückumschlag** an uns zu schicken.