

Ich wünsche weiterhin ein Rezept

Liebe Ärztin, lieber Arzt

Meine Unabhängigkeit und Sicherheit sind mir wichtig. Dazu brauche ich zu Ihrer Medikamentenverordnung ein schriftliches Rezept. Es erlaubt mir, jederzeit andere Medizinalpersonen im In- und Ausland über die mir verordnete Therapie zu informieren (z.B. mittels Rezeptkopie). Mit dem Rezept fühle ich mich unabhängig und sicher und kann die erforderlichen Medikamente jederzeit in der Apotheke meiner Wahl beziehen.

- Ich möchte meine Medikamente in der Apotheke meiner Wahl beziehen und wünsche daher bei jeder Arzneimittelverordnung die schriftliche Ausstellung eines Rezeptes mit Angabe der Dosierung und Verwendung.
- Ich möchte meine Medikamente für Dauermedikation in der Apotheke meiner Wahl beziehen und wünsche daher ein Dauerrezept bis zur nächsten notwendigen Konsultation (3, 6 oder 12 Monate gültig).

Ich bitte Sie, meinen Willen zu respektieren.

Datum:

Unterschrift:

Name:

Vorname:

Strasse:

PLZ:

Ort:

Bei der nächsten Konsultation ausgefüllt der Ärztin, dem Arzt übergeben oder per Post zustellen.

spo PATIENTEN SCHUTZ

bitte
frankieren

Adresse Arzt
