

»Dringende Arztanfrage«

Gebühr frei	Krankenkasse bzw. Kostenträger	BVG	Hilfs- mittel	Impf- stoff	Spr- Bedarf	St- Bedarf	Begr- Pflicht	Apotheken-Nummer / IK	Datum:					
Geb.- pfl.	Name, Vorname des Versicherten geb. am	Zuzahlung		Gesamt-Brutto				Apotheke/Ansprechpartner						
noctu														
Sonstige	Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status		Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.					Faktor	Taxe			
Unfall	Betriebsstätten-Nr.		Arzt-Nr.		Datum		1. Verordnung							
Arbeits- unfall							2. Verordnung							
Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)							Vertragsarztstempel							
aut idem														
aut idem														
aut idem														
		<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> </tr> </table>										Abgabedatum in der Apotheke		Unterschrift des Arztes Muster 16 (7.2008)
Bei Arbeitsunfall auszufüllen!			Unfalltag		Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer									
271111100Y														

Sehr geehrte Frau Dr. / Sehr geehrter Herr Dr. _____

Bei der obigen Verordnung haben wir folgende, potentiell schwerwiegende Interaktion festgestellt.

Die gleichzeitige Einnahme von _____ + _____

ist kontraindiziert / es besteht Risiko schwerer Wechselwirkungen

Mögliche Folge: _____ (bitte auch beiliegenden Ausdruck der ABDA Datenbank beachten)

Der Patient wird sich um _____ erneut bei uns melden.

Vorschlag ihrer Apotheke:

Rücksprache des Patienten in der Praxis

Rückantwort des Arztes:

Problem bekannt, Verordnung soll wie angeordnet erfolgen

Empfehlung der Apotheke akzeptiert

Datum , Unterschrift

Bitte umgehend an die Apotheke faxen.