

Nichtverfügbarkeit

Sehr geehrte/r _____

zurzeit ist das von Ihnen verordnete Arzneimittel

_____ Stück /ml/.....
(Name des Arzneimittels) (Menge) (Normkennzeichen)

beim Hersteller/Großhandel nicht verfügbar.

- Es wird voraussichtlich ab _____ wieder verfügbar sein.
- Ein Liefertermin ist nicht absehbar.
- Folgende Verordnungsalternativen sind verfügbar:

Wir bitten um Änderung der Verordnung.

- Das verordnete Arzneimittel ist zurzeit nur in einer anderen Darreichungsform / in einer anderen Wirkstärke verfügbar. Daher bitten wir um Änderung der Verordnung in _____ und Dosisanpassung.
- Verordnungsalternativen sind nicht im Handel, daher bitten wir um Ausstellung einer neuen Medikation und Information des Patienten.

The form includes sections for:

- Krankenkasse bzw. Kostenträger (with checkboxes for Gebühr frei, Geb.-pflicht, noctu, Sonstige)
- Name, Vorname des Versicherten and geb. am
- Kostenträgerkennung, Versicherten-Nr., Status
- Betriebstätten-Nr., Arzt-Nr.
- Abgabedatum in der Apotheke
- Unfalltag, Unfallbetrieb oder Arbeitgeberrnummer
- Arzneimittel-Abgabe (with checkboxes for 1. Verordnung, 2. Verordnung, etc.)
- Zahlung (Zuzahlung, Gesamt-Brutto)
- Faktor, Taxe
- Unterschrift des Arztes (Muster 16 (10.2014))

Bitte lassen Sie uns die geänderte Verordnung durch

- den Patienten
- unseren Boten
- per Post zukommen.

Apothekenstempel

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!
Mit freundlichen Grüßen
Ihr Apothekenteam