

Rezeptkorrektur

Sehr geehrte/-r _____,

um Ihren Patienten zeitnah und (für uns) ohne Retaxierungsrisiko mit Arzneimitteln versorgen zu können, bitten wir um Änderung bzw. Ergänzung der beiliegenden Verordnung auf nachfolgende Weise:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ergänzung des Herstellers/der PZN _____ | <input type="checkbox"/> Ergänzung einer Dosierung/Gebrauchsanweisung |
| <input type="checkbox"/> Setzen/Aufhebung des Aut-idem-Kreuzes | <input type="checkbox"/> Ergänzung von: _____
(z. B. „S“ bei BtM-Verordnungen, § 27a...) |
| <input type="checkbox"/> Änderung der verordneten Menge in: _____ | <input type="checkbox"/> Ausstellungsdatum: _____ |
| <input type="checkbox"/> Änderung der Darreichungsform in: _____ | <input type="checkbox"/> Unterschrift im Stempel |
| <input type="checkbox"/> Ergänzung einer Diagnose | <input type="checkbox"/> Weitere Korrekturen: _____ |
| <input type="checkbox"/> Ankreuzen des Feldes _____
(z. B. SSB, HIMI, noctu, Impfstoff ...) | |

Wichtig: Handschriftliche Änderungen und Ergänzungen von Verordnungen bedürfen einer erneuten **Arztunterschrift mit Datumsangabe!**

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