Version: 02.2021

Ausgefülltes Formular zurück an:

Fax: 06151 7002 - 289
E-Mail: service@arz-darmstadt.de

arz
Ein Unternehmen der ARZ Darmstadt Gruppe

= Bei Bedarf ausfüllen
☐ = Bei Bedarf ankreuzen

Rezeptanforderung – bitte möglichst viele Angaben machen!

1. Angaben zur Apotheke

Bezeichnung der Apotheke und Ort

ARZ-Kundennummer

2. Angaben zum Patienten

Versichertennummer (Bitte unbedingt angeben)

Krankenkasse

Name, Vorname des Patienten

Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)

3. Angaben zum abgegebenen Medikament

PZN (8-stellig) oder Hilfsmittelnummer (10-stellig)

Abgabedatum (TT.MM.JJJJ)

Sprechstundenbedarf ☐

4. Angaben zum Verordner

Name des Arztes

Betriebsstättennummer (9-stellig)

5. Angefordert wird ...

Rezeptimage per Fax ☐

Original-Rezept (sofern noch im ARZ Darmstadt vorhanden) ☐

Bitte Rückruf ☐

Angefordert von Frau / Herrn

Apotheken-Rechen-Zentrum GmbH · Postfach 10 02 41 · 64202 Darmstadt · Schottener Weg 5 · 64289 Darmstadt
Telefon 06151 7002-0 · Fax 06151 7002-140 · E-Mail mail@arz-darmstadt.de · Internet www.arz-darmstadt.de
Amtsgericht Darmstadt HRB 1711 · Umsatzsteuer-Identifikationsnr. DE 111608247 · Geschäftsführer RA Bernd J. Hammer