

Ausgefülltes Formular zurück an:

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



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