CharitéCentrum für Frauen-, Kinder- und Jugendmedizin mit Perinatalzentrum und Humangenetik

Rezeptbestellung

Klinik für Pädiatrie mit Schwerpunkt Pneumologie, Immunologie und Intensivmedizin
Direktor: Prof. Dr. med. Marcus A. Mall
Sektion Cystische Fibrose / Christiane Herzog Zentrum
Leitung: PD Dr. Mirjam Stahl/ Dr. Zulfiya Syunyaeva
Tel.: 030 – 450 566 587
Fax: 030 – 450 566 959
E-Mail: mukoviszidose-ambulanz@charite.de
www.charite-ppi.de

Name: _____

Vorname: _____

Geb.-Datum: _____

Gebührenbefreiung: ☐ ja ☐ nein

Seit wann: _____

- Liebe Patienten, liebe Eltern,

um Ihnen einen reibungslosen Ablauf gewährleisten zu können, bitten wir Sie um genaue schriftliche Angaben Ihrer benötigten Medikamente für die Rezeptbestellung.
Planen Sie bitte eine Bearbeitungszeit von ca. 2 Wochen ein. Stellen Sie sicher, dass ein quartalsgültiger Überweisungsschein sowie frankierte Rückumschläge in unserer Ambulanz vorliegen.
Bitte lassen Sie uns Ihre Rezeptbestellung wie folgt zukommen:
Fax: 030/ 450 566 959 oder **Email**: mukoviszidose-ambulanz@charite.de

- **Bitte sorgfältig und gut lesbar ausfüllen.**

Name des Medikaments/ Hilfsmittel	Dosis (mg, I.E., ml etc.)	Tabletten, Kapseln, Drg., Inhaletten, etc.	Stück-Zahl (Stk.)
Beispiel: **Kreon**	**25.000 I.E.**	**Kapseln**	**200 Stk.**

-

Bitte haben Sie Verständnis, dass **nicht** lesbare bzw. unvollständig ausgefüllte Bestellungen nicht bearbeitet werden können.

Beispiel für Heilmittelverordnung zur Physiotherapie:

Bitte lassen Sie sich genaue Angaben von Ihren Physiotherapeuten geben.

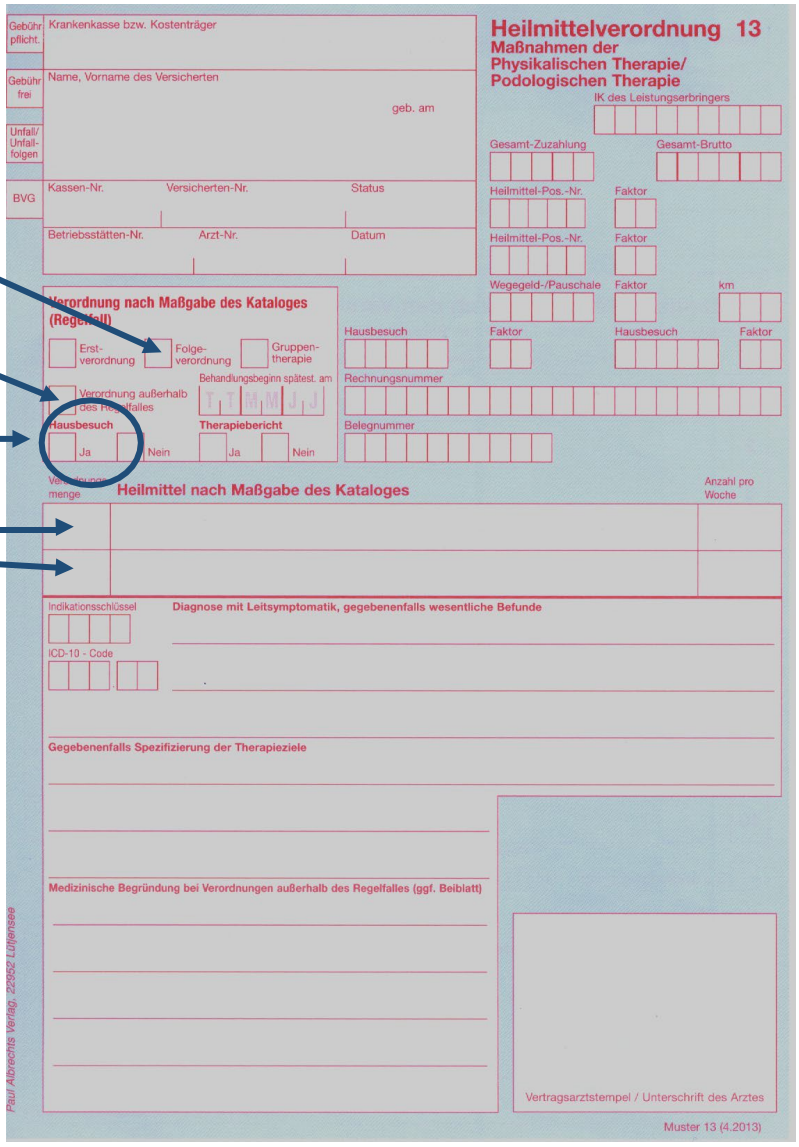
Folgeverordnung

oder

Verordnung außerhalb des Regelfalls

Hausbesuch bitte ankreuzen

Heilmittel nach Maßgabe bitte vollständig ausfüllen



Vielen Dank!

Ihre Mukoviszidose – Ambulanz