



Rezeptanforderung

Sehr geehrte Patienten,

dieses Formular können Sie nutzen, um ein Rezept für **die von uns verordnete Medikation** zu erhalten.

Datum:	_____	
Name, Vorname:	_____	
Geburtsdatum:	_____	
benötigte/s Medikament/e:	_____	
<i>Bitte geben Sie auch immer</i>	_____	
<i>die zuletzt verordnete</i>	_____	
<i>Dosierung an!</i>	_____	
Liegt eine Befreiung von der Zuzahlung vor?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Arzt / Ärztin:	Oberärztin Prof. Gouni-Berthold	<input type="checkbox"/>
	Oberarzt Dr. Faust	<input type="checkbox"/>
	Dr. Allendorf	<input type="checkbox"/>
	Dr. Huttmann	<input type="checkbox"/>
	Dr. Podolski	<input type="checkbox"/>
	Dr. Tavakoli	<input type="checkbox"/>
	Dr. Topuzoglu-Müller	<input type="checkbox"/>
	Dr. Wille	<input type="checkbox"/>
	anderer Arzt /Ärztin	Name _____

letzter Vorstellungstermin in der Ambulanz:	_____
Telefonnummer:	_____

Bemerkungen:

Bitte faxen Sie das ausgefüllte Formular an 0221 – 478 3783, senden Sie es per Mail an: endokrinologie@uk-koeln.de oder per Post an die unten stehende Adresse.