

Sehr geehrtes Praxisteam!

Bei folgendem Rezept ist eine Unklarheit aufgetreten, die wir gerne mit Ihnen klären möchten. Dazu bitten wir um eine kurze Rückmeldung an unsere Apotheke. Vielen Dank für die Zusammenarbeit!

Fax-Nummer unserer Apotheke: _____

Für die Rückmeldung an den Arzt bitte hier das Rezept einkopieren.

Apothekenstempel

Bei der Verordnung ist folgende Problematik aufgetreten (Pos. = Rezeptposition):

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Datum überschritten | <input type="checkbox"/> Datum fehlt | <input type="checkbox"/> Leserlichkeit (Pos.____) |
| <input type="checkbox"/> Außer Handel (Pos.____) | <input type="checkbox"/> nicht lieferbar (Pos.____) | <input type="checkbox"/> Nicht erstattungsfähig (Pos.____) |
| <input type="checkbox"/> gebührenfrei nicht gekreuzt | <input type="checkbox"/> Aut-idem-Kreuz unpassend (Pos.____) | |
| <input type="checkbox"/> Menge unklar (Pos.____) | | |
| <input type="checkbox"/> Unklares Arzneimittel/Hilfsmittel verordnet (Pos.____) | | |
| <input type="checkbox"/> Mehrkosten für den Patient unerwartet (Pos.____) | | |
| <input type="checkbox"/> Hilfsmittel und Arzneimittel auf einem Rezept | | |

BtM:

- Dosierung fehlt (Pos.____)
 Sonstiges: (Pos.____) _____

Rezeptur:

- Gebrauchsanweisung fehlt (Pos.____)
 Plausibilität (Pos.____)
 Sonstiges: (Pos.____) _____

Keine Abgabe des **Rabattartikels**, da:

- Pharmazeutische Bedenken (Pos.____)
 Dringlichkeit (Pos.____)
 Sonstiges: (Pos.____) _____

Angaben zum **Versicherten** fehlen:

- Falscher Patient ausgewählt Krankenkasse/Nr.
 BG-Daten bei Arbeitsunfall nicht ausgefüllt
 Sonstiges: _____

Angaben zum **Arzt** fehlen:

- Arztname Stempel
 Arztunterschrift
 Sonstiges: (Pos.____) _____

Sonstiges: _____

Wir haben in der Apotheke wie folgt reagiert:

- Dieses Problem wurde in der Apotheke vollständig gelöst.
 Dieses Fax ist nur zur Information für die Praxis.

Rückmeldung der Praxis gewünscht, **bitte tragen Sie hier Ihre Rückmeldung ein:**
