

## Privatärztliche Rezeptanforderung

Hinweis: Dieses Formular dient der Rezeptanforderung **im Rahmen einer bestehenden Behandlung**. Es werden **keine Erstverschreibungen** rezeptiert. Die Bearbeitung erfolgt nach Zahlungseingang.

Sie können *mehrere Medikamente gleichzeitig* bestellen für die einmalige Gebühr.

---

### 1. Patient:innendaten

Name, Vorname:

Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ):

Straße / Hausnummer:

PLZ / Ort:

### 2. Versandadresse (falls abweichend)

☐ Versand an oben genannte Adresse

☐ Versand an folgende Adresse:

Straße / Hausnummer:

PLZ / Ort:

### 3. Medikament / Verordnung

Medikamentenname (Wirkstoff oder Handelsname):

### 4. Dosierung:

☐ µg (Mikrogramm)

☐ mg (Milligramm)

☐ g (Gramm)

☐ ml (Milliliter),

Sonstige:

### 4. Dosierschema (Einnahmeschema)

Bitte angeben im Format z.B. 0-0-0, bei Bedarf oder nach Schema

Dosierschema:

### 5. Packungsgröße

☐ N1 (ca. 20 Stück)

☐ N2 (ca. 50 Stück)

☐ N3 (ca. 100 Stück)

☐ Stückzahl bei Sonderbestellungen (z. B. Klösterl Apotheke):

Sie können bis zu 3 Packungen auf einmal bestellen (mit Ausnahme Lorazepam)

### 6. Zusätzliche Hinweise / Mitteilung

(Wollen Sie uns noch etwas mitteilen? z.B. Unverträglichkeiten, dringende Hinweise, gewünschte Anzahl Rezepte, aut idem etc.)

### 7. Bestätigung

☐ Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben.

☐ Ich bin einverstanden, dass meine Daten zur Bearbeitung der Rezeptanfrage verarbeitet werden.

➔ [Hier klicken zur Bezahlung \(Stripe\)](#)