

»Dringende Arztanfrage«

Gebühr frei	Krankenkasse bzw. Kostenträger	Hilfs- BVG	Hilfs- mittel	Impf- stoff	Spr.-St. Bedarf	Begr- Pflicht	Apotheken-Nummer / IK	Datum:
Geb.- pfl.	Name, Vorname des Versicherten	6	7	8	9			
noctu	geb. am	Zuzahlung		Gesamt-Brutto				Apotheke/Ansprechpartner
Sonstige								
Unfall	Kassen-Nr. Versicherten-Nr. Status	Arzneimittel-/Hilfsstoff-Nr.		Faktor		Taxe		
Arbeits- unfall	Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum	1. Verordnung						
		2. Verordnung						
		3. Verordnung						
	Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)						Vertragsarztstempel	
aut idem								Unterschrift des Arztes Muster 16 (7.2008)
aut idem								
aut idem								
	bbbh	Abgabedatum in der Apotheke						
Bei Arbeitsunfall auszufüllen!								
Unfalltag	Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer	2711111004						

Sehr geehrte Frau Dr./Sehr geehrter Herr Dr.

Bei der obigen Verordnung haben wir folgendes potentiell schwerwiegendes Problem festgestellt:

Interaktion Doppelmedikation von _____ + _____

Die gleichzeitige Einnahme von _____ + _____

ist kontraindiziert / es besteht Risiko schwerer Wechselwirkungen

Mögliche Folge: _____ (bitte auch beiliegenden Ausdruck der ABDA Datenbank beachten)

Der Patient wird sich um _____ erneut bei uns melden.

Vorschlag ihrer Apotheke:

Rücksprache des Patienten in der Praxis

Rückantwort des Arztes:

Problem bekannt, Verordnung soll wie angeordnet erfolgen

Empfehlung der Apotheke akzeptiert

Datum, Unterschrift

Bitte umgehend an die Apotheke faxen.