

Gebühr frei*

Krankenkasse bzw. Kostenträger*

Geb. pfl.*

Vorname des Versicherten*

Adresse

Nachname des Versicherten*

Kassen-Nummer des Versicherten*

Telefon/E-mail (für eventuelle Rückfragen)*

Aut-Idem

Produkt 1 / PZN

Anzahl

Aut-Idem

Produkt 2 / PZN

Anzahl

Aut-Idem

Produkt 3 / PZN

Anzahl

Zusätzliche Angaben

Ich bin bereits Kunde Ihrer Apotheke

Ich besitze die Kundenkarte Ihrer Apotheke

Gewünschter Abholungstermin

Felder mit einem * müssen ausgefüllt werden.
Pro Eingabefeld bitte nur ein Medikament eingeben.
Und vergessen Sie nicht die Aud-Idem-Angabe.

Vorbestellung abschicken