

Krankenkasse bzw. Kostenträger*

Vorname des Versicherten*

Nachname des Versicherten*

Versicherungsnummer*

Adresse

Telefon/E-mail (für eventuelle Rückfragen)*

Produkt 1 / PZN

Anzahl

Zusätzliche Angaben

Ich bin bereits Kunde Ihrer Apotheke

Produkt 2 / PZN

Anzahl

Ich besitze die Kundenkarte Ihrer Apotheke

Produkt 3 / PZN

Anzahl

Gewünschter Abholungstermin

Felder mit einem * müssen ausgefüllt werden.
Pro Eingabefeld bitte nur ein Medikament eingeben.

Sie können diese Arzneimittelausgabe bei Ihrer Steuererklärung im Rahmen Ihrer persönlichen Belastungsgrenze als außergewöhnliche Belastung geltend machen.
Bitte beachten Sie: Dieses Rezept kann nicht bei Ihrer Krankenkasse zur Erstattung eingereicht werden.

Vorbestellung abschicken