

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**