**Diabetes-Zentrum Düsseldorf**

|  |  |
| --- | --- |
| **Dr. med. Christoph v. Boxberg** **Dr. med. Martina Pothe-Sarabhai****Beate Engler****Stephan Grothues****Dr. med. Markus Emmelheinz** | **Provinzialplatz 2, 40591 Düsseldorf rf**29**Rezept-Anrufbeantworter: 0211 / 5421 1644****Rezept-E-Mail:** **RezeptDiabetes@web.de** **\_****Fax: 0211 / 302 04 49** |
|  |  |

**Bestellschein für Rezepte und Überweisungen**

|  |  |
| --- | --- |
| Ihr Name: | Zur Abholung am: |
| Ihre Adresse: | Bitte zusenden, frankierter Umschlag liegt bei: |
| Ihr Geb.-Datum: | Bitte um einen **Überweisungsschein** zum Facharzt für: |
| Aktuelle Handy- oder Telefonnummer: | **Grund der Überweisung:** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Name des Medikamentes/Artikels** | **Kompletter Quartalsbedarf** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

* Bitte beachten Sie, dass Ihre Krankenversicherungskarte für das Ausstellen von Rezepten unbedingt erforderlich ist.
* **Am praktischsten ist es, wenn Sie uns diesen Bestellschein mit einem an Sie frankierten Rückumschlag zusenden und – soweit noch nicht vorgelegt- Ihre Krankenversichertenkarte beilegen.**
* Praktisch ist es auch, diesen Schein zu uns zu faxen. Wir schicken Ihnen dann Ihr Rezept zu. Bitte Briefmarken hinterlegen.
* Bestellen Sie bitte immer Ihren gesamten Medikamentenbedarf für 3 Monate auf einmal.
* Die fertigen Rezepte können am Folgetag abgeholt werden oder sie werden nach Absprache per Post an Sie geschickt.