

# Fax-Formular für Medikamenten - Bestellung

An: Apotheke am Inn, Inh. Judith Angstwurm e.K.  
Max-Schwaier-Straße 8, 84559 Kraiburg am Inn  
Tel 0 86 38 – 71 96 85

**Fax-Nr. 0 86 38 – 71 96 86**

## Genauen Text des Rezeptes oder Name der Arzneimittel:

---

---

---

Bei verschreibungspflichtigen Medikamenten bringen Sie bitte das Originalrezept zur Abholung mit und geben hier Ihre Krankenkassen-Nummer an:

**Name der Krankenkasse:**

**Krankenkassen-Nr.:**

---

---

## Wie möchten Sie die Artikel bekommen?

Ich werde die Artikel selbst abholen/abholen lassen, und zwar zu folgendem Zeitpunkt:

\_\_\_\_\_   
 Tag (z.B.: Montag, 03.05.2002)

\_\_\_\_\_   
 Uhrzeit (z.B.: ca. 16.30 Uhr)

Ich kann meine Artikel nicht abholen – bitte rufen Sie mich an.

## Möchten Sie benachrichtigt werden, wenn die Artikel vorliegen?

Ja

Nein

## Zusätzliche Bemerkungen:

---

---

## Persönliche Daten

Bitte nennen Sie uns Ihre Daten, damit wir Sie bei eventuellen Verzögerungen informieren können:

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Straße, Hausnr. \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Telefon priv. \_\_\_\_\_

Telefon geschäftl. \_\_\_\_\_

Telefax \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_