



Faxanfrage zur Verordnung von

- | | |
|---|----------------------|
| <input type="checkbox"/> Arznei- und Verbandmitteln | Fax: 0211 5970 9904 |
| <input type="checkbox"/> Heilmitteln | Fax: 0211 5970 9905 |
| <input type="checkbox"/> Sprechstundenbedarf
bitte ankreuzen | Fax: 0211 5970 33102 |

Ansprechpartner in der Praxis:

Praxisstempel

BSNR:

Telefon:

Telefax:

Mail (wenn Antwort per Mail gewünscht):

- Arznei- Verband oder Heilmittel

Bitte teilen Sie uns mit, ob nachstehend aufgeführte Arznei-, Verband- oder Heilmittel auf den Namen des Patienten zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung grundsätzlich verordnungsfähig sind*:

Präparat/ Heilmittel:

Ihre Frage:

- Sprechstundenbedarf

Bitte teilen Sie uns mit, ob das nachstehend aufgeführte Präparat/ Produkt zu Lasten des Sprechstundenbedarfs bezogen werden kann:

Präparat/ Produkt:

Ihre Frage:

*Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass die KV Nordrhein keine medizinische Beurteilung abgeben kann und wir nur die rechtlichen Rahmenbedingungen erläutern. Die konkrete Entscheidung im Einzelfall müssen Sie treffen