|  |  |
| --- | --- |
| **Anforderung von Rezepten oder Überweisungen** | **MVZ PS DOCS GmbH**  Medizinisches Versorgungszentrum  Dr. Robert-Schelp-Platz 1  66953 Pirmasens  Telefon: 0 63 31 / 25 999-0  E-Mail: kontakt@psdocs.de  **Jens Funda (Ärztliche Leitung/Arzt in Anstellung)**  **Jörn Bräcklein (Arzt in Anstellung)**  **Dr. med. Cornelius Moser (Arzt in Anstellung)**  FÄ für Innere Medizin und Gastroenterologie  **Dr. med. Ottmar Noll (Arzt in Anstellung)**  FA für Innere Medizin und Diabetologie |
|  |

Ich (Name, Vorname) …………………………………………

Geburtsdatum ………………………………………….

**Bitte um ein(e)**

 Rezept für folgende Medikamente

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
  
  
  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Überweisung zu folgendem Facharzt / Fachrichtung

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sie können diese Anforderung entweder in unseren Briefkasten werfen, zu uns zufaxen (06331-1400682) oder per Email senden: (kontakt.diabetologie@psdocs.de)

Die Unterlagen sind am nächsten Werktag ab 11Uhr in der Praxis abholbereit.

**Bitte denken Sie dabei an Ihre Versichertenkarte, sie sollte 1x im Quartal bei uns gewesen sein.**