

Information über die nachträgliche Änderung der Arzneimittelbestellung

Sehr geehrte/r Frau/Herr _____

für das von Ihnen für den Bewohner/die Bewohnerin Ihres Heims

bestellte/ärztlich verordnete Arzneimittel

erhalten Sie

- nach Rücksprache mit Ihrem behandelnden Arzt/Ihrer behandelnden Ärztin
das Arzneimittel _____
- gemäß der Verpflichtung nach § 129 Abs. 1 Satz 3 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) zur Abgabe eines wirkstoffgleichen, rabattierten Arzneimittels, das mit dem verordneten in Wirkstärke und Packungsgröße identisch ist und die gleiche oder eine austauschbare Darreichungsform besitzt,
das Arzneimittel _____
- gemäß der Verpflichtung nach § 129 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V zur Abgabe eines preisgünstigen Arzneimittels, das mit dem verordneten in Wirkstärke und Packungsgröße identisch ist, für ein gleiches Anwendungsgebiet zugelassen ist und die gleiche oder eine austauschbare Darreichungsform besitzt,
das Arzneimittel _____
- gemäß der Verpflichtung nach § 129 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V ein preisgünstiges Importarzneimittel.

Anmerkungen:

Ort / Datum

Apotheker/in

Apothekenstempel