

Datum, Uhrzeit:

## INFO-FAX

- Dringlichkeit:**
- Wichtig! Bitte schnellstmögliche Kontaktaufnahme
  - Bitte Rückmeldung im Laufe des Tages
  - Zur Information, Rückmeldung nur bei Unklarheiten nötig.

**Apotheke:**

**Apotheker:**

**Betrifft Patient:**

Geburtsdatum:

Arzt / Arztpraxis:

**Frage/Problem:**

**Lösungsvorschlag**

**Lösung**

- kein Handlungsbedarf, reine Information
  - Handlungsbedarf
- Maßnahmen:

Maßnahme wird durchgeführt von: Arzt , Apotheker