

Kundennummer

Name und Vorname

Straße und Hausnummer ggf. Lieferadresse

Postleitzahl Ort ggf. Lieferadresse

E-Mail / Telefon

Ich beauftrage die Cosmos Apotheke, die im folgenden mit der gewünschten Menge markierte Rezeptur herzustellen und die markierten Hilfsmittel zu liefern. **verschreibungspflichtig !**

Cosmos Apotheke

M 7,14

68161 Mannheim

| Menge | Einheit | Menge | Einheit | Rezeptur / Artikelname | Zusammensetzung je 1 ml / Detail |
|-------|----------------------------|--|----------------------------|-----------------------------|--|
| | 15 ml (2x7,5 ml) | | 30 ml (4x7,5 ml) | SKAT mono forte | Alprostadil 25,0 µg |
| | 10 Stück | | 120 Stück | 1 ml Einmalspritze | ohne Kanüle mit Gummidichtung |
| | 10 Stück | | 100 Stück | 2 ml Einmalspritze | ohne Kanüle mit Gummidichtung |
| | 10 Stück | | 100 Stück | Einmalkanüle | 0,30 mm x 12 mm |
| | 10 Stück | | 100 Stück | Einmalkanüle | 0,45 mm x 12 mm |
| | 10 Stück | | 100 Stück | Einmalkanüle Mesoram | 0,23 mm x 12 mm |
| | 10 Stück | | 100 Stück | Alkoholtupfer | 32 mm x 67 mm |
| | 20 g | | 50 g | SKAT Heilsalbe | Dexpanthenol 50 mg, Heparin Natrium 3 mg, Benzocain 80 mg, Dimethylsulfoxid 383 mg, Paraaminobenzoensäure 100 mg |
| | 1 Stück | MiniSpike plus 5 µm MIC + PAR | | | |
| | 100 Stück | Einmalspritze + Kanüle 1 ml mit 0,45 mm x 10 mm | | | |
| | 1 Stück | Autoject 2 Owen-Mumford Verwendbar nur mit 1 ml Spritzen | | | |

Privatrezept ausgestellt für:

Name und Vorname:

Straße und Hausnummer:

Postleitzahl Ort:

Geburtsdatum:

| Rp. | Gültigkeitsdauer: | 12 Monate |
|--|-------------------|----------------|
| Alprostadil | | 25,0 µg |
| Natriumsulfid | | 1,0 mg |
| Glucose | | 10,0 mg |
| Benzylalkohol | | 4,5 mg |
| Aqua ad injehtabilia ad | | 1,0 g |
| M.f.Vials d.tal. dos. Nr. 2 (2x7,5ml = 15ml) | | N1 15 ml |
| Nr. 4 (4x7,5ml = 30ml) | | N3 30 ml |
| S. Injektionslösung zur Anwendung im Schwellkörper; kühl lagern; Anwendung nach ärztlicher Anweisung; Verwendung mit MiniSpike; „SKAT mono forte“ | | |

verordnender Arzt / Ärztin:

Name Vorname

Straße Hausnummer

Postleitzahl Ort

Berufsbezeichnung

Telefonnummer

Die Rezepturnamen vermeiden Verwechslungen und dienen der sicheren Anwendung.

Die Auslieferung erfolgt nach Fertigstellung der Rezeptur, ohne Spritzen etc., diese bitte gesondert bestellen. s.o.

Keine Rückgabe der hergestellten Rezepturen möglich.

Die allgemeinen Geschäftsbedingungen, die aktuellen **Verkaufspreise**, die **Portokosten** sowie weitere **Informationen** über die Rezeptur erfahren Sie über unsere Homepage www.coapo.de nach Eingabe des Rezepturnamens im Suchfeld.

Bei Neukunden ohne ein SEPA-Basislastschrift-Mandat erfolgt die Lieferung nach Zahlungseingang aufgrund einer Vorkasse-Rechnung.

Bei Bestandskunden und Neukunden mit einem SEPA Basislastschrift-Mandat erfolgt die Lieferung auf Rechnung. Neukunden nur bei einem Auftragswert unter 100 Euro.

Bei Bestandskunden ohne SEPA-Basislastschrift-Mandat erfolgt die Lieferung auf Rechnung. Der Zahlungseingang wird innerhalb von 14 Tagen ab Rechnungsdatum erwartet.

Bitte füllen Sie das Formular aus, unterschreiben es, fügen Sie die ärztliche Verordnung, ggf. rechts erstellt, bei und senden uns alles per Brief zu.

Die Vorlage der Originalverordnung ist Pflicht.

Datum

Unterschrift Auftraggeber / Anwender

Datum

Unterschrift Arzt / Ärztin / Stempel