



**Interdisziplinäres Uveitiszentrum**

Augenklinik:  
**Prof. Dr. med. G. Auffarth**

Ärztlicher Direktor

Medizinische Klinik und Poliklinik V  
**Prof. Dr. med. Carsten Müller-Tidow**  
Ärztlicher Direktor

1.OG gegenüber Neurolog. Ambulanz  
Im Neuenheimer Feld 400  
69120 Heidelberg

Fon +49 06221/56-4807 Termine  
Fax +49 06221/56-4518

[www.uveitis-hd.de](http://www.uveitis-hd.de)

[Zentrum.Uveitis@med.uni-heidelberg.de](mailto:Zentrum.Uveitis@med.uni-heidelberg.de)

**REZEPTANFORDERUNG**

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

gerne schicken wir Ihnen Rezepte über die von **UNS** verordneten Medikamente zu, wenn Ihnen diese vor der nächsten geplanten Vorstellung in unserer Ambulanz ausgehen sollten.

Sie können die Rezeptanforderung per **FAX an 06221/56-4518** oder per **Post an Interdisziplinäres Uveitiszentrum, Im Neuenheimer Feld 400, 69120 Heidelberg** schicken.

Vor- und Nachname : \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Ich benötige ein Rezept für: \_\_\_\_\_

Dosierung (mg) : \_\_\_\_\_

- Spritzen
- Tabletten (bitte ankreuzen)

Menge(Stück), Packungsgröße: \_\_\_\_\_

Aktueller Überweisungsschein : liegt vor  wird geschickt  (bitte ankreuzen)

