

**Bestätigung**  
**„e-Rezept nicht einlösbar“**

Hiermit bestätige ich

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

dass mein e-Rezept vom (Datum): \_\_\_\_\_

für das Medikament: \_\_\_\_\_

in der/n Apotheke(n) (Name, Ort): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

nicht eingelöst werden konnte und ich das Medikament nicht erhalten habe.

Ich bitte daher um eine erneute Verordnung.

\_\_\_\_\_

Ort, Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift