



Formular für Rezeptbestellungen

Liebe Patient:innen, liebe Eltern,

bitte stets dieses Formular zur Bestellung von Rezepten nutzen und so genau und vollständig wie möglich ausfüllen.

Bitte für ein **Quartal bzw. 3 Monate** sammeln und zusammen einreichen (persönlich, E-Mail, Fax, Post).

Vielen Dank für die Mithilfe

das CF-Team aus Potsdam

CF-Zentrum Westbrandenburg
Campus Potsdam

Charlottenstraße 72
14467 Potsdam

Prof. Dr. med. Carsten Schwarz
Ärztliche Leitung

OÄ Dr. med. Patience Eschenhagen
Stellvertretende ärztliche Leitung

E-Mail: [muko-
potsdam@klinikumwb.de](mailto:muko-potsdam@klinikumwb.de)

Sekretariat · Anmeldung
Tel. +49 (0)331 · 241 - 35909 / 35907
Fax +49 (0)331 · 241 - 35960

Bestellung für: _____ , geb. am: _____
Name, Vorname

Wirkstoff / Handelsname	PZN-Nummer auf der Packung	Stärke mg/ml	Form (Tablette/ Lösung/Pflaster)	Einheit Stück, IE	Hinweise

Achtung: Für Modulatoren (Kaftrio, Symkevi, Orkambi, Kalydeco): Bitte Angabe des Verordnungszeitraums, in der Regel für maximal 3 Monate!

Klinikum Westbrandenburg GmbH Klinik für Kinder- und Jugendmedizin | Perinatalzentrum Level I

Geschäftsführung:
Gabriele Wolter
Hans-Ulrich Schmidt
Charlottenstraße 72
14467 Potsdam
www.klinikumwb.de

Amtsgericht Potsdam
HRB-Nr. 25968 P | UST DE286921181
Sitz der Gesellschaft: Potsdam

Deutsche Kreditbank AG
IBAN DE44 1203 0000 1020 1247 70
BIC BYLADEM1001

