

.....  
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**

Mehrfachdosis sofort lieferbar  
Einzeldosis ca. 4 Wochen Lieferzeit

Menge	Einheit	Menge	Einheit	Rezeptur / Artikelname	Zusammensetzung je 1 ml / Detail
	<b>15 ml</b> (2 x 7,5 ml)		<b>30 ml</b> (4 x 7,5 ml)	<b>SKAT duomix</b> Mehrfachdosis	Papaverin HCL / Phentolamin Mesilat 15 mg / 0,5 mg
	<b>10 ml</b> (5 x 2,0 ml)		<b>30 ml</b> (15 x 2,0 ml)	<b>SKAT duomix</b> Einzeldosis	
	10 Stück		120 Stück	<b>1 ml Einmalspritze</b>	ohne Kanüle mit Gummidichtung
	10 Stück		100 Stück	<b>2 ml Einmalspritze</b>	ohne Kanüle mit Gummidichtung
	10 Stück		100 Stück	<b>Einmalkanüle</b>	0,30 mm x 12 mm
	10 Stück		100 Stück	<b>Einmalkanüle</b>	0,45 mm x 12 mm
	10 Stück		100 Stück	<b>Einmalkanüle Mesoram</b>	0,23 mm x 12 mm
	10 Stück		100 Stück	<b>Alkoholtupfer</b>	32 mm x 67 mm
	20 g		50 g	<b>SKAT Heilsalbe</b>	Dexpanthenol 50 mg, Heparin Natrium 3 mg, Benzocain 80 mg, Dimethylsulfoxid 383 mg, Paraaminobenzoensäure 100 mg

1 Stück	<b>MiniSpike plus</b> 5 µm MIC + PAR
100 Stück	<b>Einmalspritze + Kanüle</b> 1 ml mit 0,45 mm x 10 mm
1 Stück	<b>Autoject 2</b> Owen-Mumford Verwendbar nur mit 1 ml Spritzen

**Privatrezept** ausgestellt für:

Name und Vorname:

Straße und Hausnummer:

Postleitzahl Ort:

Geburtsdatum:

Rp.	Gültigkeitsdauer:	12 Monate
<b>Papaverinhydrochlorid</b>		<b>15,0 mg</b>
<b>Phentolaminmesilat</b>		<b>0,5 mg</b>
Natriumsulfid		1,0 mg
Glucose		1,0 mg
Benzylalkohol		9,0 mg
Aqua ad injektabilia ad		1,0 g
M.f.Vials d.tal. dos. Nr. 2 (2x7,5ml = 15ml)		<input type="radio"/> N1 15 ml
Nr. 4 (4x7,5ml = 30ml)		<input type="radio"/> N3 30 ml
Nr. 5 (5x2,0ml = 10ml)		<input type="radio"/> N1 10 ml
Nr. 15 (15x2,0ml = 30ml)		<input type="radio"/> N3 30 ml

S. Injektionslösung zur Anwendung im Schwellkörper;  
Anwendung nach ärztlicher Anweisung;

„SKAT duomix“

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](http://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