

.....
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
	15 ml (2 x 7,5 ml)		30 ml (4 x 7,5 ml)	SKAT trimix Mehrfachdosis	Alprostadil / Papaverin HCL / Phentolamin Mesilat 12,5 µg / 4,5 mg / 0,125 mg
	10 ml (5 x 2,0 ml)		30 ml (15 x 2,0 ml)	SKAT trimix Einzeldosis	
	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		12,5 µg
Papaverinhydrochlorid		4,5 mg
Phentolaminmesilat		0,125 mg
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 trimix“		

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