

# GEMEINSCHAFTSPRAXIS

## Dr. med. Albrecht Bullinger

Facharzt für Allgemeinmedizin

## Dr. med. Rainer Pfau

Facharzt für innere Medizin

Diabetologe



Bahnhofstrasse 22-36  
73430 Aalen

Telefon: 0 73 61 / 96 38 0

Fax: 0 73 61 / 96 38 20

E-Mail: [praxis@bullingerpfau.de](mailto:praxis@bullingerpfau.de)

Internet: [www.bullingerpfau.de](http://www.bullingerpfau.de)

Akupunktur

Gelbfieberimpfstelle

Sehr geehrte Patientinnen und Patienten,

um unser chronisch überlastetes Telefon etwas zu entlasten haben wir uns überlegt, Ihnen einen neuen Service anzubieten:

Sie können per

☒ Fax (0 73 61 / 96 38 20) oder

☒ E-Mail ([praxis@bullingerpfau.de](mailto:praxis@bullingerpfau.de))

1. Überweisungen zu Fachärzten oder
2. Rezepte für Ihre Dauermedikamente anfordern

Bitte haben Sie Verständnis, dass wir ausschließlich diese Aufträge ausführen werden. Anfragen, Termine, Anforderungen für Physiotherapie u.a. können und werden wir aus kassenrechtlichen Gründen nicht bearbeiten!

Wir bitten Sie, das Faxformular sehr gut leserlich und unmissverständlich auszufüllen. Insbesondere sollte das Adressfeld zur unmissverständlichen Identifikation unsererseits vollständig ausgefüllt sein. Benutzen Sie das umseitige Formular als Kopiervorlage.

Wenn Sie uns per E-Mail kontaktieren übertragen Sie einfach die Daten aus dem Fax-Formular. Bitte keine Word-Dokumente oder Anhänge senden, wir werden diese aus Sicherheitsgründen (Virengefahr) nicht öffnen.

Die bestellten Rezepte oder Überweisungen können Sie am Tage nach der Anforderung abholen, da wir die Anforderungen zuerst verarbeiten müssen.

Wir sind sicher, dass dieser neue Service zu Ihrer Zufriedenheit und unserer Entlastung gut funktionieren wird.

Mit freundlichem Gruß

Ihr Praxisteam

Dres. Bullinger und Pfau



**GEMEINSCHAFTSPRAXIS**

**Dr. med. Albrecht Bullinger**  
Facharzt für Allgemeinmedizin

**Dr. med. Rainer Pfau**  
Facharzt für Innere Medizin  
Diabetologe

# FAXANFORDERUNG

**Fax: 0 73 61 / 96 38 20**

**Name:** \_\_\_\_\_ **Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

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

**Telefon:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ich bitte um Vorbereitung einer Überweisung:

**An: Facharzt für** \_\_\_\_\_

Ich bitte um Vorbereitung eines Rezeptes meiner Dauermedikation:

1.: .....

2.: .....

3.: .....

4.: .....

5.: .....

6.: .....

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_