

**Name, Vorname** \_\_\_\_\_**Adresse** \_\_\_\_\_**PLZ, Ort** \_\_\_\_\_**E-Mail** \_\_\_\_\_**Telefon** \_\_\_\_\_ **Kundennummer** \_\_\_\_\_**Krankenkasse** \_\_\_\_\_ **Kassennummer** \_\_\_\_\_**Versicherten.-Nr.** \_\_\_\_\_**Zuzahlungsbefreit**      Nein      Ja (bitte eine Kopie vom Befreiungsausweis beilegen)**Rezept**      anbei      liegt bereits vor (Dauerrezept)  
Anforderung erfolgt durch noma-med**Versorgungszeitraum** \_\_\_\_\_ Monate**Behandelnder Arzt** \_\_\_\_\_**Praxisanschrift** \_\_\_\_\_

Artikelnummer	Artikelbezeichnung	Menge / Packung
---------------	--------------------	-----------------

Gerne können Sie uns Ihre Bestellung per Fax oder E-Mail zukommen lassen. Oder bestellen Sie direkt über unseren Onlineshop unter [www.nomamed.de](http://www.nomamed.de).

Nach den Richtlinien der Deutschen Krankenkassen dürfen wir Ihre bestellte Ware erst liefern, wenn uns vorab ein gültiges Rezept vorliegt und dieses abhängig von den Vorgaben der jeweiligen Krankenkasse genehmigt worden ist.

Für die Abrechnung mit Ihrer Krankenkasse benötigen wir Rezepte im Original. Bitte senden Sie uns diese bei Rezeptbestellungen innerhalb der nächsten 10 Werktage nach Warenerhalt zu.

Vielen Dank!

Mit dem Absenden meiner Bestellung akzeptiere ich die

- Allgemeinen Geschäftsbedingungen der noma-med
- Datenschutzerklärung der noma-med
- Die gesetzliche Zuzahlung für Hilfs- und Arzneimittel

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum\_\_\_\_\_  
Unterschrift Kunde / Kundin