

**ANFRAGEN AN DAS ZL  
FAX-NR.: 06196-937-815**

Apotheke	
Straße	
PLZ, Ort	
Apothekerkammer	
Ansprechpartner	
Telefon	
Fax	
E-mailadresse	
<b>Anfrage</b> (bitte so präzise wie möglich formulieren)	
<b>Bisherige Recherche ohne Ergebnis in:</b>	
<input type="checkbox"/> Arzneibuch (Ph.Eur., DAC/NRF) <input type="checkbox"/> NRF-Online-Rezepturhinweise <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Rote Liste <input type="checkbox"/> Lehrbücher, Zeitschriften <input type="checkbox"/> Sonstiges	
<b>Information dient der Beantwortung der Frage:</b>	
<input type="checkbox"/> der Apotheke selbst <input type="checkbox"/> eines Patienten <input type="checkbox"/> eines Arztes <input type="checkbox"/> Sonstiges	