



**Hausarztpraxis**  
**Dipl.-Med. Jörg Janitschek**  
Rembrandtstrasse 12  
**04600 Altenburg**  
Tel./Fax: 03447-830750

**Liebe(r) Patient(in)!**

Anbei übersenden wir Ihnen unser **Kontaktformular**, mit dem Sie **Wiederholungsrezepte, geplante Überweisungen** anfordern bzw. um **Rückruf durch unser Praxisteam**, z.B. für **Befundauskünfte oder Klärung offener Fragen** bitten können.

Hiermit wollen wir Ihnen in der gegenwärtigen Situation die Möglichkeit bieten, eine erhöhte Infektionsgefährdung zu vermeiden.

Das Corona-Virus wird von Mensch zu Mensch übertragen. Generell besteht die **größte Ansteckungsgefahr in der Umgebung erkrankter Personen, d.h. in besonderem Maße in Krankenhäusern und Arztpraxen.**

Nutzen Sie bitte unser **Bestellformular**, das Sie in einem Umschlag **zusammen mit Ihrer elektronischen Gesundheitskarte in unseren Praxisbriefkasten einwerfen** oder in der Praxis nur kurz abgeben können. Wir **senden Ihnen alles per Post zu** oder Sie können es am nächsten Werktag während unserer Sprechzeiten kurz abholen (bitte auf Formular ankreuzen).

Sie können dann die Praxis rasch wieder verlassen, um sich nicht unnötiger Ansteckungsgefahr auszusetzen (Je kürzer die Verweildauer, desto geringer die Ansteckungsgefahr).

Bitte geben Sie uns eine **Telefonnummer** an, unter der wir Sie ggf. für Rückfragen erreichen können und prüfen Sie, **ob Ihre auf der elektronischen Gesundheitskarte gespeicherte Adresse noch stimmt.**

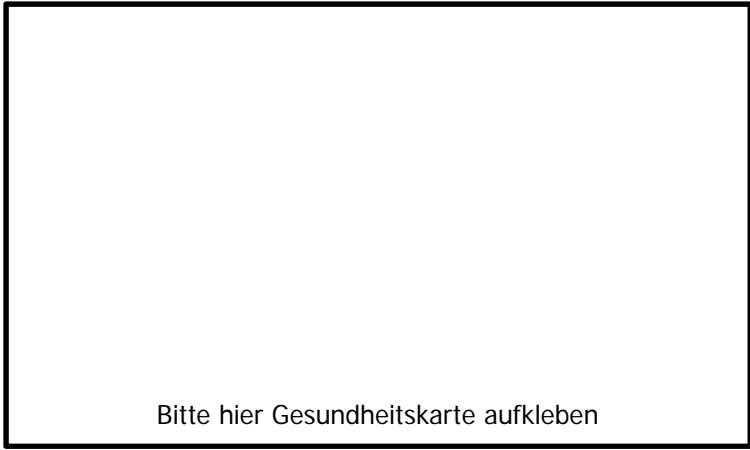
Behalten Sie Ihr Telefon für unseren Rückruf in der Nähe.

Aktuell sind wir verpflichtet, alle **nicht unmittelbar lebenswichtigen Maßnahmen** (z.B. Laborkontrollen, Vorsorgeuntersuchungen) auf später zu **verschieben.**

Wir werden alles tun, um Ihre Behandlung auch unter den derzeitigen komplizierten Umständen so gut und sicher wie möglich zu gewährleisten.

Vielen Dank für Ihr Verständnis

**Dipl.-Med. Jörg Janitschek und Praxisteam**



Bitte hier Gesundheitskarte aufkleben

**Hausarztpraxis**  
**Dipl.-Med. Jörg Janitschek**  
Rembrandtstrasse 12  
**04600 Altenburg**  
Tel./Fax: 03447-830750

**Kontaktformular**

**Adresse korrekt:** ja/nein, ggf. neue Adresse:.....

**Tel.-Nr.:**.....

**Rezepte:**

.....  
.....  
.....  
.....

**Überweisungen:**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Fragen/Anliegen:**

.....  
.....  
.....

*Bitte wählen Sie aus, wie sie die bestellten Rezepte/Überweisungen erhalten möchten:*

.....Abholung am folgenden Werktag in Praxis

.....Zusendung per Post