

Rezeptbestellung

Datum: _____

Nachname: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Telefonnummer: _____ (bitte immer angeben für Rückfragen)

Rezepte:

| <u>Medikament</u> | <u>Wirkstärke (mg)</u> | <u>Menge</u> |
|-------------------|------------------------|--------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Bitte beachten Sie, dass wir das von Ihnen gewünschte Rezept nur ausstellen können, wenn es sich um Wiederholungsverordnungen handelt.

Erstverordnungen sowie Akut- und Notfallmedikamente können nur nach persönlicher Vorstellung beim Arzt ausgestellt werden!