

Rezept-Bestell-Formular

Vor- und Nachname: _____

Geburtsdatum: _____ Telefon: _____

benötigte Medikamente:

Meine Versichertenkarte für das aktuelle Quartal

- Liegt bereits vor
- Lege ich der Bestellung bei (wird mit Rezept zurückgeschickt)

Rezept bitte Mir zuschicken (frankiertes Kuvert liegt bei)

- An folgende Apotheke senden: _____
- Hole ich am _____ in der Praxis ab