

Rezeptanforderung



Name, Vorname: _____

Geb.-Datum: _____

Adresse: _____

Datum: _____

Ich benötige ein Rezept für folgende Medikamente:

	Medikament	Dosierung	Menge
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

Ich benötige weiterhin:

- Eine Überweisung zum _____
Grund _____
- Eine Überweisung zum _____
Grund _____
- Sonstiges: _____

Zur Reduzierung von Wartezeiten in unserer Praxis haben Sie die Möglichkeit, Ihren Rezeptbestellwunsch nach Vorlage Ihrer Versichertenkarte in eine bestimmte umliegende Apotheke liefern zu lassen.

Bitte teilen Sie uns hierzu die von Ihnen gewünschte Apotheke mit:

- Mickefett Apotheke, Zuckerweg 1, 31241 Ilsede – Gr. Bülten
- Burg-Apotheke, Osterfeld 2, 31246 Ilsede – Gadenstedt
- Apotheke im Gesundheitszentrum, Eichstr. 5, 31241 Ilsede