



Fon: 04175 - 1667  
Fax: 04175 - 8186  
Öffnungszeiten:  
Mo-Fr 8-12 Di und Do 16-18.30

## Bestellung

Rezepte für Medikamente

Vor-und Nachname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_

- Abholung in der Praxis
- Abholung in der Apotheke

Name der Apotheke \_\_\_\_\_

Medikament \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Heilmittel \_\_\_\_\_

Sonstiges \_\_\_\_\_

**BITTE EINWURF IN DEN BRIEFKASTEN**

Vielen Dank Ihr Hausarztpraxis Team