

Rezeptbestellung/Überweisungsbestellung

Datum: _____

Fax-Nummer: 09831/4424

E-Mail: gemeinschaftspraxis-muhr@t-online.de

Briefkasten: Kirchplatz 2, 91735 Muhr am See

Liebes Praxisteam,

1. Ich benötige ein Rezept für folgende Medikamente:

Name des Medikaments:	Stärke: (z.B. 5mg)	Anzahl (Stück/ml):

2. Ich brauche eine Überweisung:

An: _____

Grund: _____

Patientendaten:

Name und Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Telefonnummer: _____

Bitte denken Sie an Ihre Versichertenkarte!

In der Regel können Sie die fertigen Rezepte und Überweisungen bei Bestellungen bis 12.00Uhr am darauf folgenden Tag abholen.