



Rezeptbestellung und Bestellung von Überweisungen:

Bitte bestellen Sie **nur** Medikamente Ihrer Dauermedikation! Ihre Bestellung wird innerhalb von 24 Stunden (werktags) bearbeitet.

Die Bestellung werfen Sie bitte in unseren Briefkasten, senden diese per Fax oder per eMail an uns. Diese Datei steht auf unserer Homepage **neu** als editier- und speicherbare PDF-Datei zur Verfügung und erleichtert Ihnen die Wiederholungsbestellungen.

Bitte füllen Sie alle mit * markierten Felder aus. (Pflichtfelder*)

Name*:	Vorname*:
Geburtstag*:	Telefon*:

Ich benötige Rezepte über folgende Medikamente*:

1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	
Zutreffendes bitte ankreuzen*: Rezept wird abgeholt <input type="checkbox"/> oder Auslieferung durch meine Apotheke gewünscht: <input type="checkbox"/>	
Rezept in meine Apotheke geben: Ahorn <input type="checkbox"/> Akazien <input type="checkbox"/>	
Bahnhof <input type="checkbox"/> Hof <input type="checkbox"/> Kur <input type="checkbox"/>	
Andere Apotheke <input type="checkbox"/> Name der Apotheke:	

Überweisungen*:

	Überweisungsgrund*:	Facharzt für*:
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
	z.B. Kontrolle Grauer Star	Augenarzt
	z.B. Kontrolle nach Hüft-OP re.	Chirurgie Krankenhaus Bad Arolsen

Datum*:	Unterschrift*:
----------------	-----------------------

Bei Fragen unsererseits zu Ihrer Bestellung, werden wir mit Ihnen Kontakt aufnehmen.
Mit freundlichen Grüßen, Ihr Praxisteam.