

Medikamentenbestellung:

Name:.....

Geburtsdatum:.....

| Name | Wirkstoff | Stärke | Früh | Mittag | Abend | Nacht |
|------|-----------|--------|------|--------|-------|-------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

Bitte füllen sie diese Tabelle ordnungsgemäß aus, sonst können wir Ihre Anforderung nicht bearbeiten! Werfen Sie den Bogen in den Briefkasten der Praxis. Nach 2 Tagen können Sie Ihr Rezept in der Praxis abholen.