

Bestellungen von Rezepten/Überweisungen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

zur Verkürzung Ihrer Wartezeit bitten wir Sie um Vorbestellung Ihrer Rezept- und Überweisungswünsche auf dieser Liste:

Name, Vorname:	
Geb.-Datum:	
Telefonnummer für Rückfragen:	

Rezept:		
Name des Medikamentes:	Wirkstärke (mg):	Packungsgröße:
Überweisung:		
Fachrichtung ggf. Name der Praxis	Überweisungsgrund /Datum des Termin	

Bitte Ankreuzen

- Ich hole das Rezept/Überweisung in der Praxis ab
- Ich hole das Medikament in der unten angekreuzten Apotheke ab:
- Ich bitte um **Auslieferung (Botendienst)** nach Hause über die
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Rosen-Apotheke | <input type="checkbox"/> Grafenhof-Apotheke (Northeim) |
| <input type="checkbox"/> Rats-Apotheke | <input type="checkbox"/> Mühlen-Apotheke (Northeim) |
| <input type="checkbox"/> Bären-Apotheke (Northeim) | <input type="checkbox"/> Feldtor-Apotheke (Bovenden) |
| <input type="checkbox"/> St.Spiritus-Apotheke (Northeim) | <input type="checkbox"/> Burg-Apotheke (Hardeggen) |

Mitteilungen an unser Praxisteam:

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit !!!