

Rezeptanforderung für Dauermedikamente

Liebe Patientinnen und Patienten,

füllen Sie das Formular bitte handschriftlich aus und geben Sie es in unserer Praxis ab.

Bitte geben Sie bei jeder Rezeptanforderung immer Ihren vollständigen **Namen** sowie Ihr **Geburtsdatum** an.

Die Medikamente müssen mit Namen und Dosierung angegeben werden.
Vielen Dank für Ihre Mithilfe.

Ihr Praxisteam

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Name (z.B. Ramipril)	Dosierung (z.B. 5 mg)