

REZEPT-/ÜBERWEISUNGSANFORDERUNG

Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr,

um die Bestellung von Rezepten und Überweisungen für Sie so angenehm wie möglich zu gestalten, bitten wir Sie, Ihre Bestellung auf diesem Formular anzugeben. Werfen Sie das ausgefüllte Formular anschließend in unseren Briefkasten an der Praxis oder geben Sie es direkt an der Rezeption ab. Ab der nächsten Tageshälfte können Sie dann die gewünschte Verordnung bzw. Überweisung abholen. Dieses Vorgehen spart Ihnen viel Wartezeit und erlaubt es dem Praxisteam, sich während der Sprechzeiten intensiv mit Ihren Gesundheitsfragen zu befassen.

NAME:

VORNAME:

Bitte um Ausstellung eines Rezeptes für

Name des Medikamentes	Wirkstärke (mg)
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	

Bitte um Ausstellung einer Überweisung zum

X	Arzt für
<input type="checkbox"/>	Augenheilkunde
<input type="checkbox"/>	Chirurgie
<input type="checkbox"/>	Gynäkologie
<input type="checkbox"/>	Hautkrankheiten
<input type="checkbox"/>	Innere Medizin
<input type="checkbox"/>	Kardiologie
<input type="checkbox"/>	Lungenheilkunde
<input type="checkbox"/>	Neurologie
<input type="checkbox"/>	Orthopädie
<input type="checkbox"/>	Radiologie / Röntgen
<input type="checkbox"/>	Urologie
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	