

**Rezeptbestellung**

**Liebe Patienten,**

gerne können Sie uns ihre Bestellung zukommen lassen und diese ausgedruckt in den Briefkasten werfen.

Am Folgetag können Sie ihre Rezepte ab 10 Uhr in unserer Praxis abholen.

**Ihre Daten:**

Name, Vorname: …………………………………………………………………………………………

Geburtsdatum: …………………………………………………………………………………………

Telefonnummer für Rückfragen: …………………………………………………………………………………………

**Medikamente:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Name  | Dosierung | Packungsgröße ( klein; mittel, groß ) |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Selbstverständlich können nur Rezepte ausgestellt werden, die Sie bereits von uns erhalten haben.

Rezeptbestellungen setzen das Einlesen der Chipkarte voraus.

Sollen wir für Sie die Rezepte direkt zur Sonnen-Apotheke im Haus weiterleiten?

[ ]  Ja [ ]  Nein

Datum: Unterschrift: