

Rezeptanforderung



Name, Vorname: _____

Geb.-Datum: _____

Adresse: _____

Datum: _____

Ich benötige ein Rezept für folgende Medikamente:

	Medikament	Dosierung	Menge
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

Ich benötige weiterhin:

- Eine Überweisung zum _____
Grund _____
- Eine Überweisung zum _____
Grund _____
- Sonstiges: _____

Das Rezept liegt am nächsten Tag ab 10:00 Uhr für Sie zur Abholung bereit!

Rezepttelefon: 05172-1411
Fax: 05172-126309 – E-Mail: service-scheibe@online.de
Sprechstunden: Mo-Fr 8.00 – 12.30 Uhr; Mo & Do 16.30 – 19.00 Uhr;
Di nachm. nach Vereinbarung