

Rezeptanforderung Hausarztzentrum Birkfeld

Name: _____

Vers. Nr.: _____ Geburtsdatum: _____

Tel. Nr. für Rückfragen: _____

Name des Medikaments	Stärke (mg)

Um gehäuftem sozialen Kontakt zu vermeiden werfen sie bitte den Bestellschein in die Box vor der Ordination,
WIR BRINGEN DIESE GESAMMELT IN DIE APOTHEKE, SIE KÖNNEN IHRE **MEDIKAMENTE AM NÄCHSTEN TAG IN DER APOTHEKE ABHOLEN**

Rezeptanforderung Hausarztzentrum Birkfeld

Name: _____

Vers. Nr.: _____ Geburtsdatum: _____

Tel. Nr. für Rückfragen: _____

Name des Medikaments	Stärke (mg)

Um gehäuftem sozialen Kontakt zu vermeiden werfen sie bitte den Bestellschein in die Box vor der Ordination,
WIR BRINGEN DIESE GESAMMELT IN DIE APOTHEKE, SIE KÖNNEN IHRE **MEDIKAMENTE AM NÄCHSTEN TAG IN DER APOTHEKE ABHOLEN**