

An die Praxis Ursula **Rohmer**, Fachärztin für Allgemeinmedizin
Gesundheitszentrum Mathildenhof

Bestellschein für Dauermedikamente

Bitte beachten Sie, dass Ihre **Krankenversicherungskarte** für das Ausstellen von Rezepten **unbedingt erforderlich** ist.

| | | | | |
|------------|----------------------|--------------------------|--|----------------------|
| Name | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | Zur Abholung am | <input type="text"/> |
| Straße Nr. | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | Bitte zusenden, frankierter und adressierter Rückumschlag liegt bei. | |
| PLZ Ort | <input type="text"/> | | | |
| Geb.-Datum | <input type="text"/> | | | |

Bitte um Überweisung zum Facharzt

| | |
|-----------------|----------------------|
| 1. Facharzt für | <input type="text"/> |
| 2. Facharzt für | <input type="text"/> |
| 3. Facharzt für | <input type="text"/> |

Bitte um Verordnung folgender Medikamente/Hilfsmittel

| | Name des Medikaments/Artikels | Menge |
|----|-------------------------------|----------------------|
| 1. | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 2. | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 3. | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 4. | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 5. | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 6. | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 7. | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 8. | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Unterschrift

An die Praxis Ursula **Rohmer**, Fachärztin für Allgemeinmedizin
Gesundheitszentrum Mathildenhof

Bestellschein für Dauermedikamente

Bitte beachten Sie, dass Ihre **Krankenversicherungskarte** für das Ausstellen von Rezepten **unbedingt erforderlich** ist.

| | | | | |
|------------|----------------------|--------------------------|--|----------------------|
| Name | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | Zur Abholung am | <input type="text"/> |
| Straße Nr. | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | Bitte zusenden, frankierter und adressierter Rückumschlag liegt bei. | |
| PLZ Ort | <input type="text"/> | | | |
| Geb.-Datum | <input type="text"/> | | | |

Bitte um Überweisung zum Facharzt

| | |
|-----------------|----------------------|
| 1. Facharzt für | <input type="text"/> |
| 2. Facharzt für | <input type="text"/> |
| 3. Facharzt für | <input type="text"/> |

Bitte um Verordnung folgender Medikamente/Hilfsmittel

| | Name des Medikaments/Artikels | Menge |
|----|-------------------------------|----------------------|
| 1. | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 2. | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 3. | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 4. | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 5. | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 6. | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 7. | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 8. | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Unterschrift

Sie können diesen Bestellzettel in der Praxis abgeben, in unseren Hausbriefkasten einwerfen oder per Post an uns senden. Am folgenden Praxisöffnungstag liegen die gewünschten Verordnungen für Sie bereit.