

REZEPTANFORDERUNG

Privat versicherte Patient*innen

Ich bitte um Zusendung eines Rezeptes für

Name: _____
Geburtsdatum: _____
Straße: _____
PLZ und Ort: _____
Telefon: _____
E-Mail: _____

Gewünschte Medikamente:

1. Name des Medikaments: _____
Dosierung (z.B. mg): _____
Packungsgröße (z.B. N3) /
Anzahl Tabletten: _____
2. Name des Medikaments: _____
Dosierung (z.B. mg): _____
Packungsgröße (z.B. N3) /
Anzahl Tabletten: _____
3. Name des Medikaments: _____
Dosierung (z.B. mg): _____
Packungsgröße (z.B. N3) /
Anzahl Tabletten: _____

Datum

Unterschrift

Bei Rückfragen erreichen Sie das Vorzimmer von Herrn Prof. Dr. R. Surges
unter Tel. 0228 287-15728