**Rezeptanforderung Hausarztzentrum Birkfeld**

Name:

Vers. Nr.: Geburtsdatum:

Tel. Nr. für Rückfragen:

|  |  |
| --- | --- |
| **Name des Medikaments** | **Stärke (mg)** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Um gehäuften 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 gehäuften 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**