

REZEPTBESTELLUNG

Liebe Patientin, lieber Patient,

mit diesem Formular können Sie Rezepte online bestellen. Bitte füllen Sie **alle Felder** aus, damit wir Ihr Rezept korrekt vorbereiten können. Bis 12 Uhr bestellte Rezepte können am übernächsten Tag **persönlich** in der Praxis abgeholt werden (unsere **Öffnungszeiten**). Bitte bringen Sie Ihre Versicherungskarte mit.

Ihr Praxisteam

Wichtiger Hinweis

Außer Ihrer kompletten Anschrift benötigen wir auch die genaue Bezeichnung des Wirkstoffs, die Wirkstoffmenge und die Packungsgröße.

Adresse

Frau Herr

Vor- und Nachname	<hr/>
Geburtsdatum	<hr/>
Straße, Hausnummer	<hr/>
Postleitzahl	<hr/>
Ort	<hr/>
Telefon	<hr/>
E-Mail	<hr/>

Rezeptwunsch

Medikament z.B. Aspirin	<hr/>
Wirkstoff z.B. Acetylsalicylsäure	<hr/>
Wirkstoffmenge z.B. 500 mg	<hr/>
Packungsgröße z.B. 20 Tabletten	<hr/>

Hiermit akzeptiere ich die Übermittlung meiner Daten an die Onkologie/Endoskopie Dreiländereck Lörrach.

Ort/Datum:

Unterschrift:
