

Praxis Dres. med. Kloß

Formular zur Bestellung von Folgerezepten und Überweisungen

**Bitte in den Briefkasten werfen oder per Fax 06158 / 86666**

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefonnummer für Rückfragen: \_\_\_\_\_

	Name des Medikaments	Dosierung
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		

Bitte ankreuzen:

Das Rezept wird abgeholt

Das Rezept soll in die Altrhein-Apotheke weitergeleitet werden:

Gewünschte Überweisung(en): \_\_\_\_\_

Mitteilung an unser Praxisteam: \_\_\_\_\_