

## Rezeptbestellung

Tel.: 0 53 31 / 85 64 66

Fax: 0 53 31 / 24 57

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

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

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Medikament	mg	Tägl. Einnahmeme- menge			
		morgens	mittags	nachmittags	abends

Ich hole das Rezept am  
\_\_\_\_\_ in der Praxis ab.