

Rezeptanforderung

Internistische Praxis
Dr. med. Werner Koch
Maike Hekalo (angestellte Ärztin)

Nachname _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Name des Medikaments	Dosis	Packungsgröße	1. Datum	2. Datum	3. Datum

Überweisung an Facharzt: _____ Anlass: _____

1. Tragen Sie Ihren Vor- und Nachnamen sowie Ihr Geburtsdatum ein.

2. Geben Sie die genauen Medikamentennamen und Packungsgrößen sowie evtl. Überweisungswünsche an.

3. Faxen Sie das ausgefüllte Formular an:
050 51 – 57 74

❗ Sie können das Formular mehrfach nutzen, indem Sie für das jeweilige Medikament das aktuelle Bestelldatum in eine neue Spalte schreiben!