

Liebe Patienten,  
 um Ihnen am Empfang Wartezeiten zu ersparen, können Sie mit diesem Formular die Medikamente bestellen, die Ihnen zur regelmäßigen Einnahme verordnet wurden. Bitte füllen Sie das Formular aus und werfen Sie es in den „Medikamentenbriefkasten“ am Empfang. Sie können Ihr Rezept dann am übernächsten Praxistag zu den Öffnungszeiten der Praxis ab 10.00 Uhr abholen.

**Bestellung  
 Wiederholungsrezept**

Name \_\_\_\_\_

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

Name des Medikaments	Tropfen/Kapseln/ Tabletten/Spray o.ä.

**Telefonische Bestellung immer möglich unter  
 0177 / 737 45 55**

Praxisvermerk:	Datum:	NK
----------------	--------	----