

# Rezeptbestellung

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

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

Ihre Bestellung: \_\_\_\_\_

(Medikamente/Überweisung) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Abholung (bitte ankreuzen):

Hausarztpraxis Kramer	
Apotheke Petri	Laurentius Apotheke
Taubengarten Apotheke	Coleman Apotheke
Flora Apotheke	Wildhaus Apotheke

Wurde die Chipkarte der Krankenkasse in diesem Quartal bereits  
eingelesen ? bitte ankreuzen):    ja        nein        nicht erforderlich (privat versichert)

Die Rezepte/Medikamente können nach 2-3 Werktagen in der Praxis oder in Ihrer Wunsch-Apotheke abgeholt werden. Bitte bedenken Sie, dass auf diesem Wege nur Dauermedikamente ausgestellt werden können, bei allen anderen Medikamenten ist ein Arzt besuch nötig. Zum Anfang der Quartale benötigen Wir Ihre Versichertenkarte.

Danke für Ihr Verständnis

**Ihr Praxisteam**

---

**Bitte werfen Sie dieses Formular ausgefüllt in unseren Briefkasten  
oder geben es persönlich in der Praxis ab. Vielen Dank!**