

**Liebe Patientin, lieber Patient,**

mit diesem Formular können Sie Rezepte online bestellen. Bitte füllen Sie **alle Felder** aus, damit wir Ihr Rezept korrekt vorbereiten können. Bis 12 Uhr bestellte Rezepte können am übernächsten Tag **persönlich** in der Praxis abgeholt werden (unsere **Öffnungszeiten**). Bitte bringen Sie Ihre Versichertenkarte mit.

Ihr Praxisteam

**Wichtiger Hinweis**

Außer Ihrer kompletten Anschrift benötigen wir auch die genaue Bezeichnung des Wirkstoffs, die Wirkstoffmenge und die Packungsgröße.

**Adresse**

Frau  Herr

<b>Vor- und Nachname</b>	
<b>Geburtsdatum</b>	
<b>Straße, Hausnummer</b>	
<b>Postleitzahl</b>	
<b>Ort</b>	
<b>Telefon</b>	
<b>E-Mail</b>	

**Rezeptwunsch**

<b>Medikament</b> z.B. Aspirin	
<b>Wirkstoff</b> z.B. Acetylsalicylsäure	
<b>Wirkstoffmenge</b> z.B. 500 mg	
<b>Packungsgröße</b> z.B. 20 Tabletten	

Hiermit akzeptiere ich die Übermittlung meiner Daten an das MVZ Dreiländereck Onkologie • Endoskopie.

Ort/Datum:

Unterschrift: