



REZEPT BESTELLUNG

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 ☐

Vor- und Nachname	
Geburtsdatum	
Straße, Hausnummer	
Postleitzahl	
Ort	
Telefon	
E-Mail	

Rezeptwunsch

Medikament z.B. Aspirin	
Wirkstoff z.B. Acetylsalicylsäure	
Wirkstoffmenge z.B. 500 mg	
Packungsgröße z.B. 20 Tabletten	

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

Ort/Datum: _____

Unterschrift: _____