

FAX-Rezeptanforderung:
Praxis Dr. Rösch/ Dr. Stütz

Name, Vorname: _____

Geb.-Datum: _____

Adresse: _____

Ich benötige ein Rezept für folgende Medikamente:

	Medikament:	Dosierung (z.B. in mg)	Menge/ Packungsgröße
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

Zusätzlich benötige ich:

Eine Überweisung zum _____

Grund: _____

Eine Überweisung zum _____

Grund: _____

Das Rezept/Überweisung liegt am nächsten Tag ab 10 Uhr für Sie zur Abholung bereit!