

Bestellformular
für Folgerezepte und Überweisungen

Praxis Dr. Hettinger
Marktstr. 5-7
71364 Winnenden
Fax. 07195 177015

Name _____

Vorname _____

geb. _____

Tel. für Rückfragen _____

Bitte werfen Sie dieses Blatt in unseren Briefkasten oder senden Sie es uns per Fax (s.o.) zu.

Sie können das Rezept und/oder die Überweisung am folgenden Werktag während der Sprechzeiten nach Vorlage der Versichertenkarte abholen.

Ich benötige folgende Medikamente:

Name	Dosierung	Packungsgröße
1. _____		
2. _____		
3. _____		
4. _____		
5. _____		

Ich benötige eine Überweisung zum Facharzt:

Fachrichtung	Grund
1. _____	
2. _____	
3. _____	

Bestellformular
für Folgerezepte und Überweisungen

Praxis Dr. Hettinger
Marktstr. 5-7
71364 Winnenden
Fax. 07195 177015

Name _____

Vorname _____

geb. _____

Tel. für Rückfragen _____

Bitte werfen Sie dieses Blatt in unseren Briefkasten oder senden Sie es uns per Fax (s.o.) zu.

Sie können das Rezept und/oder die Überweisung am folgenden Werktag während der Sprechzeiten nach Vorlage der Versichertenkarte abholen.

Ich benötige folgende Medikamente:

Name	Dosierung	Packungsgröße
1. _____		
2. _____		
3. _____		
4. _____		
5. _____		

Ich benötige eine Überweisung zum Facharzt:

Fachrichtung	Grund
1. _____	
2. _____	
3. _____	