

# Verordnungs- und Überweisungswünsche

Mein Name: \_\_\_\_\_

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

Datum der Bestellung: \_\_\_\_\_

benötigtes Medikament	bitte mit Angabe der Stärke!

benötigte Überweisung/ Facharztgruppe	Grund der Überweisung

Liebe Patienten,

dieses Formular dient zur Erleichterung für die Bestellung Ihrer **regelmäßigen** Medikation und Ihrer benötigten Überweisungen. Sie können das Formular in den Briefkasten einwerfen oder an der Anmeldung abgeben. **Bitte geben Sie uns mindestens 1 Tag Bearbeitungszeit** und holen Sie die Rezepte/Überweisungen zu den folgenden Abholzeiten ab:

Mo bis Fr: 10:30 bis 11:00 Uhr

Mo und Do: 16:00 bis 16:30 Uhr

Bitte haben Sie Verständnis, dass wir bei einer für uns unklaren Bestellung bei der Abholung ggf. Rücksprache halten müssen.

Vielen Dank Ihr Praxisteam Dr. Thomas Schmitt und Dr. Konstantin Kiritsis