



Bitte tragen Sie hier Ihre Medikamenten- und Überweisungswünsche ein.
Dieses Blatt geben Sie dann bitte an der Anmeldung ab oder
werfen es in den Postkasten unten an der Eingangstür.

Faxen ist ebenfalls möglich, FAX: 0 22 22 / 81 756

Die bestellten Rezepte und/oder Überweisungen können dann ab dem
Folgetag abgeholt werden.

Wenn das Rezept in die Mühlen-Apotheke gegeben werden soll, kreuzen
Sie bitte hier an:

Bitte bringen Sie beim ersten Besuch im Quartal ihre Krankenkassenkarte mit.

Die Bestellung ist für _____
(Name, Vorname, Geburtsdatum)

ÜBERWEISUNGEN:

Facharzt z.B. Orthopädie	Grund der Überweisung z.B. Rückenschmerzen

REZEPTE:

Medikamentenname z.B. Aspirin	Dosierung/Wirkstärke z.B. 100mg	Darreichungsform z.B. Tablette/ Kapsel/ Saft/Zäpfchen	Packungsgröße z.B. N1=klein N2=mittel; N3=groß

Bemerkung: _____