

BESTELLFORMULAR

Anforderung von Rezepten oder Überweisungen:

Liebe Patientinnen, liebe Patienten!

Senden Sie bitte Ihre Rezept- oder Überweisungswünsche **per Fax oder Email** an uns.

Sie können dieses Formular einfach an unserer Anmeldung abgeben.

Natürlich steht Ihnen auch weiterhin unser **Rezepttelefon** (s.u.) zur Verfügung.

Sie können dann bequem Ihre Rezepte am nächsten Werktag **ab 10 Uhr** abholen.

Name, Vorname:

geboren am:

Anforderung für ein(e)

- Rezept für folgende Medikamente (mit Wirkstärke, falls auf der Packung vermerkt)**

.....

.....

.....

.....

- Überweisung zu folgendem Facharzt / Fachrichtung:**

..... wegen

..... wegen

..... wegen

..... wegen

Fax Schlüchtern: **06661 - 919 823** Bad Soden **06056 - 900421**

Rezepttelefon Schlüchtern: **06661 - 911 842** Bad Soden **06056 - 900 420**

oder senden Sie eine email an **info@hausaerzte-mkk.de**