

Formular zur Bestellung von Folgerezepten und Überweisungen

Bitte in den Briefkasten werfen, per Fax an 09365 89967 oder per Mail an
rezepte@praxis-dr-holl.de
(Die Bestellung ist ab dem übernächsten Werktag um 10 Uhr abholbereit)

Vorname, Name: _____

Geburtsdatum: _____

Telefonnummer für Rückfragen: _____

Für gewünschte Medikamente bitte angeben: Medikamentenname, Packungsgröße,
Dosierung (z.B. Metoprolol 95mg Tbl. 1-0-0 N3 (oder 100 Stck.))

-

-

-

-

Bitte ankreuzen:

Das Rezept wird in der Praxis abgeholt

Ich hole das Medikament mit meiner Versichertenkarte in der Apotheke oder habe
die E-Rezept-App installiert, über die ich es abrufen kann

Meine Rezept soll an die Apotheke weitergeleitet werden.

Ich stimme der Übermittlung meiner Rezepte an folgende Apotheke auch für
zukünftige Bestellungen zu (wird in der Akte vermerkt):

Name Apotheke: _____

Datum, Unterschrift: _____

Gewünschte Überweisung(en) mit Angabe Fachgebiet und Grund der Überweisung:

-

-

-