



BESTELLFORMULAR

Hausarztpraxen Dr. Nette in Lengenfeld unterm Stein & Diedorf

PATIENTENANGABEN

Name, Vorname		
Geburtsdatum		
Telefonnummer		
Datum der Bestellung		

Hiermit wird folgendes **MEDIKAMENTE** bestellt (bitte genaue Angaben)

Name des Medikamentes	Stärke/mg-Angabe

Hiermit wird folgende **ÜBERWEISUNG** bestellt (bitte genaue Angaben)

Fachrichtung	Überweisungsgrund

Die **ABHOLUNG** erfolgt durch

- mich selbst
- abholberechtigte Person: _____

Unser Service für Sie, eine Weiterleitung an folgende Apotheke erwünscht:

- Apotheke Heyerode
- Apotheke Meinhard
- Apotheke Brunnenkreß Mühlhausen
- Apotheke Ershausen

Wir bitten Sie, Ihre Bestellung in unseren Briefkasten einzuwerfen. Die **Abholung** ist **zwei Werktage später** möglich. Bitte bringen Sie Ihre **Versichertenkarte** mit.