

Vor- und Zuname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_

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

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

**Arztpraxis**

**Dr. med. Ralf Glanz**

**Dr. med. Christine Schardein\***

Hauptstraße 8 · 67489 Kirrweiler

Telefon 06321 9575 0

Telefax 06321 9575 20

post@arztpraxis-dr-glanz.de

www.arztpraxis-dr-glanz.de

## BESTELLUNG | REZEPT

Hiermit bitte ich um Rezeptvorbereitung folgender Medikamente:

Name des Medikaments	Packungsgröße

Die ausgestellten Rezepte können ab dem **Folgetag** an der Anmeldung abgeholt werden.

Die Aushändigung kann **nur nach Vorlage Ihrer Versichertenkarte** erfolgen!

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_



Bitte übersenden Sie dieses Formular **per Fax an 06321 957520** oder **per E-Mail an post@arztpraxis-dr-glanz.de**.

Sie haben auch die Möglichkeit Ihre Angaben auf den Anrufbeantworter unseres **Rezepttelefons** zu sprechen: **06321 957517**