

Vor- und Zuname: _____

Straße: _____

Wohnort: _____

Geburtsdatum: _____

Krankenkasse: _____

Dr. med. Ralf Glanz

Facharzt für Allgemeinmedizin
Sportmedizin · Betriebsmedizin · Reisemedizin

Dr. med. Christine Schardein

Fachärztin für Innere Medizin
Notfallmedizin · Hausärztliche Versorgung
Psychosomatische Grundversorgung
Diabetologin DDG

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 senden Sie dieses Formular per Fax an 06321 957520