

**Gemeinschaftspraxis**  
**Dr. CL Ott**  
**Ch. Schöning**  
**Dr. I-M-Ott**  
Karlstr. 3  
63579 Freigericht

## Medikamenten- und Formularbestellungen

**Bitte stellen Sie sicher, dass wir Ihre Gesundheitskarte im aktuellen Quartal eingelefen haben oder legen Sie die Karte der Bestellung bei.**

**Rezept- und Formularbestellung können bis zu zwei Tage dauern!**

Hiermit bestelle ich folgendes Rezept:

**Name:**

**Vorname:**

**Geburtsdatum:**

\_\_\_\_\_

Medikament		Dosierung:	
Medikament		Dosierung:	
Medikament		Dosierung:	
Medikament		Dosierung:	
Medikament		Dosierung:	
Medikament		Dosierung:	
Medikament		Dosierung:	

Gerne leiten wir Ihr Rezept an Ihre Wunschapotheke in Freigericht weiter.

Wunschapotheke: \_\_\_\_\_

**Bitte ankreuzen:**

- Medikamente in der Apotheke abholen  
 Medikamente durch die Apotheke ausliefern lassen

**Hiermit bestelle ich folgende Überweisung:**

Facharzt, Grund: \_\_\_\_\_

Facharzt, Grund: \_\_\_\_\_

Facharzt, Grund: \_\_\_\_\_

**Bemerkungen:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_