

Sehr geehrte Patienten! Um Ihnen unnötige Wartezeiten zu ersparen, möchten wir Sie bitten, Bestellungen von Folgerezepten und /-Überweisungen rechtzeitig (mindestens zwei Tage in Vorraus) bei uns einzureichen.

Name: _____ Vorname: _____ Geb.-Datum: ____ . ____ . _____

Wiederholungs-Rezepte für:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____

Folge-Überweisungen (Fachrichtung, Welche Untersuchung?):

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass für Ausstellung von Erstrezepten und –Überweisungen immer eine ärztlichen Kontrolle in der Sprechstunde vorausgehen muss.