

Bestellen

- **Medikamente**
- **Überweisungen**

Heute bestellen - morgen abholen !!!

Wie geht's?



Bestellzettel ausgefüllt oder Packungsabschnitte im Umschlag immer mit Chipkarte

in unseren Briefkasten (Eingangs-Tür)



Anrufbeantworter 036083/541364 - 24h tgl.

Wünsche mit ihrem Namen usw. aufsprechen
 – werden am nächsten Tag gehört

oder:

@ e-mail: info@praxis-gralher-uder.de

Patientenwunsch – Rezeptversand: Ich wünsche ausdrücklich, dass meine behandelnde praxis-gralher-uder – die von mir bestellte Medikamentenverordnung (Rezept) an die von mir gewünschte Apotheke weiterleitet, damit ich von dort beliefert werde. Name der Wunschapotheke: _____

Mir ist bekannt, dass ich diese Regelung jederzeit widerrufen kann.

Patient:
 (Name) (Vorname) (Geburtsdatum)

.....
 (Telefon-Nr. für Rückruf)

- Überweisungen

	an wen ? (Facharzt für...)	Überweisungs-Grund/ Erkrankung
1)		
2)		
3)		

- Rezepte (Dauermedikamente)

	Medikament	Art Tbl./ Trpf.	Menge	morgens	mittags	abends	z. Nacht
1)							
2)							
3)							
4)							
5)							

Datum:

Unterschrift:

(Patient)

Ihr Praxisteam, Dr. med. Antje Gralher