



Name _____

Geburtstag _____

Telefon _____ Datum _____

DIESES QUARTAL SCHON CHIPKARTE EINGELESEN?

Folge-Rezept

MEDIKAMENT	DOSIERUNG

Folge-Überweisung

FACHGEBIET	GRUND

- Ich hole das Rezept / die Überweisung ab
- Ich wünsche, dass Sie das Rezept in die örtliche Apotheke geben



Name _____

Geburtstag _____

Telefon _____ Datum _____

DIESES QUARTAL SCHON CHIPKARTE EINGELESEN?

Folge-Rezept

MEDIKAMENT	DOSIERUNG

Folge-Überweisung

FACHGEBIET	GRUND

- Ich hole das Rezept / die Überweisung ab
- Ich wünsche, dass Sie das Rezept in die örtliche Apotheke geben

