

REZEPT- / ÜBERWEISUNGSWUNSCH



**PRAXIS
FÜR
ALLGEMEINMEDIZIN**
Fachärztin für Allgemeinmedizin
Dr. med. Catrin Pichotka

Sehr geehrte Patienten,

zur Verkürzung Ihrer Wartezeit können Sie Ihre Rezept- und Überweisungswünsche auf dieser Liste an uns übermitteln.

Dieses Formular können Sie in unseren gekennzeichneten Praxisbriefkasten links neben der Eingangstür einwerfen.

Grüner Weg 7
19258 Boizenburg

Telefon 038847-54311
Fax 038847 - 596 02

www.praxis-pichotka.de

Vielen Dank! Ihr Pichotka - Praxisteam

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Telefonnummer: _____

Rezeptwünsche

Medikament & Wirkstärke (mg)

Überweisungswünsche

Facharztbezeichnung & Grund

| Rezeptwünsche Medikament & Wirkstärke (mg) | Überweisungswünsche Facharztbezeichnung & Grund |
|---|--|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Bitte ankreuzen. **Danke!**

Abholung in der Praxis am Folgetag

Abholung in Ihrer Apotheke

Auslieferung durch Ihre Apotheke

Apotheke: _____

Apotheke: _____