

Gemeinschaftspraxis
Dr. med. T. Kipping
Dr. med. D. Heuberger
Rosenweg 2
65232 Taunusstein-Neuhof

Formular zur Bestellung von Folgerezepten und Überweisungen

Bitte in den Briefkasten werfen oder per Fax an 06128/970042

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Telefonnr. für Rückfragen: _____

	Name des Medikaments	Dosierung
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		

Bitte ankreuzen: Das Rezept wird abgeholt

Das Rezept soll in folgende Apotheke weitergeleitet werden: _____

Gewünschte Überweisung(en): _____

Mitteilung an unser Praxisteam: _____