

# Hausarztpraxis Dr. H. Przygoda

## Bestellung von Wiederholungsrezepten

Datum:.....

Name/Vorname:.....

Geburtsdatum:.....

Telefonnummer:.....

### Ich bitte um ein neues Rezept für folgende Medikamente

(Bitte leserlich – am besten in DRUCKSCHRIFT – ausfüllen.)

Name des Wirkstoffes	Evtl. Hersteller (z.B. Hexal, Stada)	Stärke der Tablette (z.B. 10 mg)	Größe der gewünschten Packung (z.B. N3)

- Ich hole das Rezept nach mindestens 2 Werktagen in der Praxis ab.
- Ich bitte, mir das Rezept zuzusenden. Einen frankierten und adressierten Umschlag lege ich bei.
- Ich bitte darum, dass das Rezept in der Castello-Apotheke abgegeben wird. Ich kann dann die bestellten Medikamente dort abholen.

Nehmen Sie dieses Formular gerne bereits aus der Praxis mit nach Hause, füllen Sie es dort in Ruhe aus und werfen es in den Praxisbriefkasten im Eingangsbereich.

Jede Rezeptbestellung wird zur Sicherheit und Qualität unserer Arbeit noch einmal vom Arzt überprüft. Daher **bestellen Sie bitte mindestens 2 Werktage vor Abholung**.

**Ihr Praxisteam**

.....  
(Unterschrift Patient)