

Anforderung von Rezepten oder Überweisungen

Bitte beachten Sie, dass dies nur für Wiederholungsrezepte und Überweisungen oder aus einem vorliegenden Bericht ersichtliche Bestellungen bei bereits eingelesener Versichertenkarte möglich ist!

Ich	(Name, Vorname)		,
Kra	nkenkasse		,
geb	oren am		,
	· /	für folgende Medikame uf Packung vermerkt)	ente:
••••			
• • • •			
• • • •			
••••			
		gendem Facharzt / Fac	hrichtung:
we	gen		
we	gen		
Ab	holung in der		
0	Praxis Brachele	n (Fax bitte an: 02462	-5322)
0	Praxis Millich	(Fax bitte an: 02433-	-60737)
Bri Uhr	e fkasten werfen ode	r uns faxen . Die Unterlag	bersönlich in der Praxis abgeben, in unseren en sind am übernächsten Arbeitstag ab 11.00 n abrufbereit. Bitte denken Sie dabei an Ihre

Telefonnummer für Rückfragen: