

An die
Frauenarztpraxis Adendorf
Böttcherstr. 2a
21365 Adendorf

Hiermit bestelle ich, _____(Name)

_____ (Anschrift)

_____ (Anschrift)

_____ (Geburtsdatum)

ein Rezept für folgende(s) Präparat(e):

(Datum, Unterschrift)

**Der folgende Abschnitt gilt nur für Patientinnen der gesetzlichen
Krankenversicherungen, die in diesem Quartal die Versichertenkarte
in unserer Praxis noch nicht eingelefen haben!**

Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir nur vollständige Bestellungen
bearbeiten können.

Ich habe beigefügt

- meine Krankenversicherungskarte (erhalte ich mit dem Rezept zurück),
- ggf. Überweisung einer anderen Praxis.

----- (Datum, Unterschrift)