



MVZ

Medizinisches Versorgungszentrum
DER STADT BAD BRAMSTEDT

Bestellung von Medikamenten und/oder Überweisungen für:

Name	Vorname	Geburtsdatum

Name des Medikaments Tabletten/Kapseln/Tropfen?	Wirkungsstärke mg?	Dosierung				Packungsgröße
		mo	mi	ab	na	

Apotheke:

Überweisung an:	wegen:	ggf. Beschwerden:

Bitte beachten Sie, dass hierfür in diesem Quartal Ihre Versichertenkarte eingelefen sein muss. Wenn Sie das Rezept durch eine Apotheke geliefert bekommen möchten, notieren Sie bitte außerdem den Namen der Apotheke. Sie können 24h nach Ihrer Bestellung das Rezept abholen.

Vielen Dank. Wir wünschen Ihnen einen schönen Tag.