**Name:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Vorname:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Telefonnummer für evtl. Rückfragen: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Geb. Datum: \_\_\_.\_\_\_.\_\_\_\_\_\_**

**Hiermit möchte ich folgendes bestellen:**

**Rezeptbestellung**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Medikamentenname | Stärke (z.B.mg) | Verordnet von Dr. :  | Sonstiges |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Überweisung:**

|  |  |
| --- | --- |
| Fachrichtung | Grund der Überweisung |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Sonstige Formulare:**

|  |
| --- |
| Verordnung für : (z.B. Krankengym., Kompressionsstrümpfe, Inkontinenzmaterial) |
|  |
|  |
|  |
|  |

**Ich hole die Formulare ab 🞏 bitte schicken Sie mir die Formulare zu 🞏 (nur möglich, wenn die Versichertenkarte schon vorlag!)**

*Die gewünschten Formulare liegen für Sie in zwei Werktagen zur Abholung hier in der Praxis bereit. Bitte denken Sie an Ihre Versichertenkarte*

**Dr. Bettina Fontaine, Kirchröder Str.104, 30625 Hannover,** **Tel: 899067-00****, Fax: 899067-29, email:praxis@dr-fontaine.de**