



Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

**A: FOLGEREZEPT** für folgende Medikamente:

(Bei Erst-/Neuverordnung ist immer ein Arztkontakt notwendig)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

wird abgeholt  an Apotheke: \_\_\_\_\_

**!!!Bitte denken Sie auch für Folgerezepte und Überweisungen einmal  
im Quartal an Ihre Versichertenkarte!!!**

**B: ÜBERWEISUNG** an folgende Fachrichtung:

---

---

---

---

---

---

*ausgefülltes Formular in den dafür vorgesehenen Kasten werfen und am Folgetag Bestellungen abholen!*