



**Berufsausübungsgemeinschaft  
Marko Schreiner & Florian Kuntze**

Anforderung von Rezepten und Überweisungen

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

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

**Folgerezeptwunsch:**

Medikament	Stärke	Einnahme
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**Überweisung:**

zum Facharzt	wegen
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Folgerezept- und Überweisungsbestellungen liegen für Sie 2 Werktage später zur Abholung bereit, **sofern die Chipkarte im laufenden Quartal eingelesen wurde!**



**Berufsausübungsgemeinschaft  
Marko Schreiner & Florian Kuntze**

Anforderung von Rezepten und Überweisungen

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

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

**Folgerezeptwunsch:**

Medikament	Stärke	Einnahme
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**Überweisung:**

zum Facharzt	wegen
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Folgerezept- und Überweisungsbestellungen liegen für Sie 2 Werktage später zur Abholung bereit, **sofern die Chipkarte im laufenden Quartal eingelesen wurde!**