

GEMEINSCHAFTSPRAXIS

Dr. med. Thomas Hug
Dr. med. Inga Hug-Papperitz
und Kollegen

Psychiatrie

Psychotherapie

Neurologie

Rezept-Bestellformular

Frau Herr Name:
Vorname Nachname

Geburtsdatum:

Adresse:
Straße Hausnummer

PLZ Ort

Bitte wählen Sie: Ich bin gesetzlich versichert. Ich bin privat versichert.

Ihre Krankenkasse:

Ich benötige folgendes Wiederholungsrezept:

Medikament 1 Name:
Dosierung (z.B. 25 mg): Zusatz (z.B. „retard“):
Packungsgröße: oder: Stück/ml

Medikament 2 Name:
Dosierung (z.B. 25 mg): Zusatz (z.B. „retard“):
Packungsgröße: oder: Stück/ml

Medikament 3 Name:
Dosierung (z.B. 25 mg): Zusatz (z.B. „retard“):
Packungsgröße: oder: Stück/ml

Ihre Telefonnummer: Ihre Fax-Nr.:

Ihre E-Mail-Adresse:

Bitte wählen Sie: Bitte schicken Sie mir das Rezept zu. Ich hole das Rezept persönlich ab.

Bitte wählen Sie: Meine **elektronische Gesundheitskarte** für dieses Quartal:
 liegt in der Praxis bereits vor. schicke ich zu. bringe ich mit.
 entfällt, ich bin privat versichert.

Datum:

Daten löschen

Formular absenden