

## REZEPT - / ÜBERWEISUNGSBESTELLUNG

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Rückruftelefonnummer:

### Medikament:

Name: \_\_\_\_\_ Dosis / Anzahl \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Dosis / Anzahl \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Dosis / Anzahl \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Dosis / Anzahl \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Dosis / Anzahl \_\_\_\_\_

### **ABHOLUNG MEDIKAMENTE: NEU ab 26.10.2020**

Wir bieten Ihnen an, dass Sie Ihre Medikamente ab sofort **direkt in der Pinguin Apotheke abholen können.** (Kolumbusring 61)

Setzen Sie hier ein Kreuz, wenn Ihr Medikamentenrezept **nicht** in der Pinguin Apotheke abgegeben werden soll.

### Überweisungswunsch:

Fach: \_\_\_\_\_ Grund: \_\_\_\_\_

Fach: \_\_\_\_\_ Grund: \_\_\_\_\_

Fach: \_\_\_\_\_ Grund: \_\_\_\_\_

### **ÜBERWEISUNGEN:**

**Ihre Überweisungen und Medikamente können Sie in der Regel am übernächsten Werktag bei uns am Tresen abholen.** Bitte beachten Sie, dass es Gründe geben kann, dass wir Ihren Wunsch nicht erfüllen können, oder Sie ggf. bitten werden, noch einmal zum Arzt ins Sprechzimmer zu gehen.

**Sonstiges:** \_\_\_\_\_

**Datum:** \_\_\_\_\_ **Unterschrift:** \_\_\_\_\_