



INTERNISTISCHE HAUSARZTPRAXIS

**MALCHOW & WILBERT**

## Bestellformular

Liebe PatientInnen,

Datum:

mit diesem Formular können Sie Ihre Wiederholungsrezepte und Überweisungen bestellen. Bitte tragen Sie Ihren Namen, Geburtsdatum, den Medikamenten- oder besser Wirkstoffnamen, die Packungsgröße und optional den Hersteller gut lesbar in das Formular ein.

Den Bestellzettel können Sie dann per E-Mail an [rezept@praxismawi.de](mailto:rezept@praxismawi.de) senden oder in den Briefkasten an der Eingangstür einwerfen. Zur Bearbeitung geben Sie uns bitte 24 Std. Zeit. Vielen Dank!

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

	Medikamentenname	Stück	Pack.Größe N	Hersteller
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				

Überweisung mit Grund der Facharztvorstellung (z.B. Kontrolle):