

Rezept-Anforderung

Name, Vorname

Geburtsdatum

Ich benötige folgende Medikamente:

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

ggf. weitere Medikamente auf der Rückseite auflisten!

Das Rezept kann am nächsten Werktag abgeholt werden.

Internistische Facharztpraxis Chitic

Gartenstraße 2 · 45721 Haltern am See · T 02364 2941 · F 02364 2943 · E kontakt@praxis-chitic.de