

Chirurgie und Orthopädie im BERO CENTER
Scheffler & Koschinsky

REZEPTBESTELLUNG

Chirurgische Praxis Scheffler & Koschinsky

Bitte in Druckstift ausfüllen:

Name: _____

Vorname: _____

geboren am: __ - __ - ____

Name des gewünschten Präparates/Verordnung:

Datum & Unterschrift

Bitte kommen Sie in diesem Quartal mit Ihrer Chipkarte in der Praxis vorbei.

Hinweis:

Bitte Rezeptbestellung in den Rezeptkasten werfen

Abholung in der Praxis (bitte mindestens 1 Tag zuvor bestellen).