

Sehr geehrtes Praxisteam,

ich möchte Sie bitten, mir eine

Medikamentenverordnung

Ergotherapieverordnung

Logopädieverordnung

Physiotherapieverordnung

anderes: _____

auszustellen.

Name des Kindes

Nachname Vorname Geburtsdatum

Name des Medikaments

Milligramm

Anzahl der Tabletten/Kapseln pro Packung, bzw. Milliliter bei Tropfen

Dosierung

morgens mittags abends zur Nacht

Rezeptabholung

Ich hole das Rezept ab am

Senden Sie mir das Rezept zu

Die Krankenversichertenkarte für das Quartal muss uns für die Zusendung vorliegen.

Frankierter Rückumschlag liegt bei Ihnen

lege ich bei

Bitte Rezeptwünsche bis 12:00 Uhr am Vortag mitteilen!

Formular senden an info@kjp-bremerhaven.de oder FAX: 0471-3082766