

BESTELLFORMULAR



Dr. med. univ.
Almuth Prieschl

Nachname: _____

Vorname: _____

Telefonnummer: _____

Sozialversicherungsnummer: _____

Abholdatum: _____

MEDIKAMENTE

Name des Medikaments	Dosis/mg	Stück pro Packung	Anzahl Packungen

Diesen Service bieten wir nur für Patienten von Dr. Prieschl (gilt für regelmäßige Bestellungen bzw. Dauermedikamente). Nicht möglich ist eine Bestellung für Neuverordnungen und Suchtgifte. Für die Medikamentenbestellung bitte obenstehendes Formular ausfüllen und in der Praxis abgeben.

Die eingelangten Anforderungen werden am nächsten regulären Ordinationstag bearbeitet und können von Ihnen frühestens am **übernächsten Ordinationstag** bei uns in der Praxis abgeholt werden.