



Bestellformular

Patient:

Geburtsdatum:

Präparat	Dosis/mg	Tbl./ Tropfen
----------	----------	---------------

Überweisung Facharzt

Diagnose/ Grund

Sie können diese Bestellung in unseren Briefkasten werfen. Bitte geben Sie uns einen halben Werktag Zeit für die Bearbeitung. Das Rezept ist dann in der Anmeldung zur Abholung hinterlegt. Übrigens können Sie auch bequem per email bestellen oder unser 24h-Servicetelefon nutzen.

email: bestellungen@wieghorst-risse-ernst.de
24h-Servicetelefon: 0511 40 13 13

Vielen Dank, Ihr Praxisteam



Bestellformular

Patient:

Geburtsdatum:

Präparat

Dosis/mg

Tbl./ Tropfen

Überweisung Facharzt

Diagnose/ Grund

Sie können diese Bestellung in unseren Briefkasten werfen. Bitte geben Sie uns einen halben Werktag Zeit für die Bearbeitung. Das Rezept ist dann in der Anmeldung zur Abholung hinterlegt. Übrigens können Sie auch bequem per email bestellen oder unser 24h-Servicetelefon nutzen.

email: bestellungen@wieghorst-risse-ernst.de
24h-Servicetelefon: 0511 40 13 13

Vielen Dank, Ihr Praxisteam