

Rezeptwunsch

Nummer: FO-19850 **Gültig ab:** Gültig ab

Adresse:

Endokrinologikum Hannover
Rundestraße 10
30161 Hannover

Name	Vorname	Geburtsdatum
-------------	----------------	---------------------

Adresse	Telefonnummer
----------------	----------------------

Ich benötige ein Rezept über:

Name des Arzneimittels	Dosierung/Wirkstärke	Packungsgröße /Anzahl der Tabletten o.ä.

Rezept wird abgeholt

Rezept per Post (**bitte legen Sie eine Briefmarke oder einen frankierten Rückumschlag bei**)

Bitte denken Sie bei Ihren Rezeptwünschen an die **Krankenversichertenkarte**, sofern Sie in diesem Quartal noch nicht bei uns waren.