

**Sie benötigen ein Wiederholungs-Rezept? Bitte bestellen Sie es zukünftig vor.**

Name des Medikaments	Wirkstoffstärke
1	
2	
3	
4	

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
Telefonnummer (für Rückfragen):		



- Ich hole das Rezept am nächsten Werktag ab.
- Bitte schicken Sie mir das Rezept \*. Ein frankierter Rückumschlag liegt bei. (\*vorausgesetzt ein gültiger Versicherungsschutz liegt vor)

**Gern können Sie Ihr Rezept auch telefonisch unter 03491-420590 und der Auswahl 1 bestellen oder per E-Mail unter [praxis@kardiologie-wittenberg.de](mailto:praxis@kardiologie-wittenberg.de).**

---