



Dr. med. Oliver Bresler
Dr. med. Armin Schütz
Alexander Knabbe (angestellt)

SPRECHZEITEN

MO	DI	MI	DO	FR
7 - 11	7 - 11	7 - 11	7 - 11	7 - 11
15 - 18	15 - 18		15 - 18	

REZEPT-/ÜBERWEISUNGSANFORDERUNG

NAME: _____

GEBURTSDATUM: _____

Medikament mit Packungsgröße	Überweisung zum Facharzt für

Bitte beachten Sie, dass wir Medikamente nur in der benötigten Quartalsmenge rezeptieren. Von uns noch nicht verordnete Arzneimittel können leider nicht auf diesem Formular bestellt werden. Überweisungen zu einer Facharztgruppe (z.B. HNO) sind nur 1 x pro Quartal möglich. Außerdem ist **pro Quartal einmalig** eine **persönliche Vorstellung** erforderlich.
Für Ihre Mitarbeit und Ihr Verständnis dankt Ihnen Ihr Praxisteam.