



## FAX/ Mail - SERVICE

Anforderung von Rezepten, Überweisungen oder Befunden

per Fax an **02241/ 922509**

per e-Mail an **praxis@dr-peter-klein.de**

Nachname	Vorname	Geburtsdatum	Telefonnummer

Liebes Praxis-Team,  
ich bitte um Vorbereitung folgender Formulare:

### 1. Rezept

Medikamente	Angabe der Menge und Art (z.B.: N1, N2, N3 oder Tabletten, Suppositorien oder Angaben in ml)

### 2. Überweisung, Befunde


- Ich werde die Bestellung abholen am .....
- Ich bitte um Überbringung des Rezepts in die Linden-Apotheke
- Ich bitte um Postzustellung (Briefmarken wurden hinterlegt)

Datum:

Unterschrift:

\_\_\_\_\_