



Dr . Barg – Grunhofer
Schillerstr.40
67071 Ludwigshafen

Datum :

Fax : 0621 / 6717657

Anforderung von Rezepten oder Überweisungen:

Ich (Name, Vorname) geboren am :

Krankenkasse : bitte um ein (e)

Rezept für folgende Medikamente (mit Wirkstärke, wenn auf der Packung vermerkt)

.....

.....

.....

Ja, ich möchte am Recall-System teilnehmen und telefonisch an meine Vorsorge-
Impf-Termine erinnert werden. Meine Telefonnummer lautet.....

Überweisung zu folgendem Facharzt / Fachrichtung :

..... wegen

..... wegen

..... wegen

Sie können diese Anforderungen entweder bei uns persönlich in der Praxis abgeben, in
unseren Briefkasten werfen oder uns zufaxen. Die Unterlagen sind zur nächsten
Sprechstunde in der Praxis abholbereit. Bitte denken Sie dabei an ihre Chip-Karte!

Ihr Praxisteam