

## BESTELLFORMULAR

### Anforderung von Rezepten oder Überweisungen:

Name, Vorname: .....

geboren am: .....

Anforderung für ein(e)

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

.....

.....

.....

.....

- Überweisung zu folgendem Facharzt / Fachrichtung:**

..... wegen .....

..... wegen .....

..... wegen .....

Senden Sie bitte Ihre Rezept- oder Überweisungswünsche per Fax oder E-mail an uns.  
Die Unterlagen sind am nächsten Werktag ab 10.00 Uhr in der Praxis abholbereit.

**Bitte denken Sie dabei an Ihre Versicherten-Karte!**

**Bad Soden-Salmünster:**

Fax: 06056-900421  
E-mail: [bss@hausaerzte-mkk.de](mailto:bss@hausaerzte-mkk.de)

**Diabetologie:**

Fax: 06661-919331  
E-mail: [diabetes-degenhardt@online.de](mailto:diabetes-degenhardt@online.de)

**Langenselbold:**

Fax: 06184-20589-29  
E-mail: [lsb@hausaerzte-mkk.de](mailto:lsb@hausaerzte-mkk.de)

**Schlüchtern:**

Fax: 06661-919823  
E-mail: [schluechtern@hausaerzte-mkk.de](mailto:schluechtern@hausaerzte-mkk.de)

**Schöneck:**

Fax: 06187-952787  
E-mail: [schoeneck@hausaerzte-mkk.de](mailto:schoeneck@hausaerzte-mkk.de)