

**Internistische Gemeinschaftspraxis**  
**Dr. med. Christoph Rother**  
**Dr. Christina Darsow**  
Fachärzte für innere Medizin  
- Diabetologie und Gastroenterologie -  
www.sauerland-internisten.de



**Röhre 1**  
**59846 Sundern**  
**Tel.:02933/97790**  
**Fax:02933/77989**

# Rezept- und Überweisungs-Service

(Bestellservice außerhalb der Sprechstunde)

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.Datum: \_\_\_\_\_

Ich benötige

**folgende (s) Medikament (e)**

Name	Wirkstärke	Menge

(Bitte in Blockschrift gut leserlich eintragen!)

## Überweisung(en) zum

- |                                      |  |
|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Orthopäden  | <input type="checkbox"/> HNO-Arzt            |
| <input type="checkbox"/> Neurologen  | <input type="checkbox"/> Hautarzt            |
| <input type="checkbox"/> Chirurgen   | <input type="checkbox"/> Psychologen         |
| <input type="checkbox"/> Urologen    | <input type="checkbox"/> Psychiater          |
| <input type="checkbox"/> Kardiologen | <input type="checkbox"/> Onkologe (Hämato)   |
| <input type="checkbox"/> Frauenarzt  | <input type="checkbox"/> Anderer Arzt: _____ |
| <input type="checkbox"/> Augenarzt   | (zutreffendes bitte ankreuzen!)              |

Grund der Überweisung: \_\_\_\_\_

Wenn Sie Ihr Rezept **morgens** vorbestellen, liegt es **ab 15 Uhr** für sie an der Rezeption bereit.  
**Nachmittagsbestellungen** können Sie **am nächsten Vormittag ab 9 Uhr** bei uns abholen.

**Bitte denken sie daran, Ihre Gesundheitskarte und ggf. Überweisung mitzubringen!!**

Vielen Dank!  
Ihr Praxisteam Dres. Rother&Darsow