



## **Praxis für spezielle Schmerztherapie**

Toir Müller

### **Rezeptbestellung für :**

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

### **Medikament:**

Name des Medikaments	Dosierung (mg)

**Lieferwunsch durch die Apotheke:**    Ja             Nein

Name der Apotheke: \_\_\_\_\_

**Abholung des Rezeptes in der Praxis:**    Ja             Nein