



GRUPPENPRAXIS THALGAU



Rezeptanforderung (bitte Blockschrift -leserlich)

Familienname:

Vorname:

Versicherungsnummer:

Medikamentenname mit Dosierung: Amlodipin 500mg	Packungsgröße Z.B: 30 Stück od. 50ml

Weiterleitung an Apotheke Thalgau

JA ankreuzen