

Medikamentenbestellung Praxis Wengihof

Datum: _____ **für** _____

| | |
|---------------|---------|
| Name | Vorname |
| Geburtsdatum: | |
| Adresse: | |

Gewünschte Medikamente:

(Auflisten oder Aufkleben der Packungslasche mit den entsprechenden Angaben)

| Name des Medikaments | Wirkstoffmenge | Packungsgrösse |
|----------------------|----------------|----------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Senden an: Praxis Wengihof, Lagerhausstrasse 1, 4500 Solothurn,
E-Mail: praxis.wengihof@hin.ch

...oder die Liste ins vorgesehene Fach in der Praxis legen