

Einkaufsliste für die Apotheke

Medikamente:

Name/Wirkstoff	Stärke	Anzahl	PZN	Rezept vorhanden (x)

Freiwahlartikel

(zum Beispiel Kosmetik, Verbandstoffe, Nahrungsergänzungsmittel, Sonstiges)

Name/Wirkstoff	Stärke	Anzahl	PZN

Ihre Kontaktdaten

Name und Adresse:

Telefonnummer:

Bitte bringen Sie mir die gewünschten Artikel mit dem nächstmöglichen Botengang an die oben genannte Adresse

Ein Familienmitglied oder eine andere von mir befugte Person holt die gewünschten Artikel ab.

Name des Abholers:

Bezahlung:

Bitte um Mitteilung der Summe via Telefon, Umschlag mit entsprechender Geldsumme wird in Tür-Nähe platziert

Rechnung

Apotheken-Stempel: