



DR. MED.

HELBIG

Praxis für Innere Medizin,
hausärztliche Versorgung und
Infektiologie

REZEPTWUNSCH

Name, Vorname

.....

Geburtsdatum

.....

Medikamente

.....

.....

.....

.....

.....

Lieferung nach Hause?

Ja

Nein

Datum, Unterschrift

Mo	08:00 – 13:00	14:00 – 17:30
Di	Hausbesuche	13:00 – 16:00
Mi	08:00 – 13:00	_____
Do	08:00 – 13:00	Hausbesuche
Fr	08:00 – 12:00	_____

und nach Vereinbarung

Bahnhofstraße 35
01990 Ortrand
Telefon (035755) 223
arztpraxis-helbig.de