



DR. MED.

**HELBIG**

Praxis für Innere Medizin,  
hausärztliche Versorgung und  
Infektiologie

## REZEPTWUNSCH

Name, Vorname

.....

Geburtsdatum

.....

Medikamente

.....

.....

.....

.....

.....

Lieferung nach Hause?

Ja

Nein

Datum, Unterschrift

---

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

und nach Vereinbarung

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