



Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Checkliste:

- Ich bin Patient beim Hausärzte Team Lahr.
- Meine Krankenversichertenkarte wurde in diesem Quartal schon eingesehen.
- Ich habe bereits einmal ein Rezept in der gleichen Form oder Stärke vom Hausärzte Team Lahr verordnet bekommen.

Rezept

Name des Medikaments	Wirkstärke (mg)	Packungsgröße

Überweisung

	Arzt für	Grund
	Augenheilkunde	
	Chirurgie	
	Gynäkologie (Frauenarzt)	
	Dermatologie (Hautarzt)	
	Kardiologie	
	Neurologie	
	Orthopädie	
	Psychiatrie	
	Urologie	

Die Abholung ist ab dem nächsten Tag möglich.

HAUSÄRZTE TEAM LAHR



Dr. med. Kathrin Eckhardt
Fachärztin für Innere Medizin
Dr. med. Michael Mühlfeit
Facharzt für Allgemeinmedizin
Philipp Schirmer
Facharzt für Allgemeinmedizin

Alter Stadtbahnhof 1
77933 Lahr
Tel. +49 7821 22152
Fax +49 7821 32428
praxis@hausaeerzte-team-lahr.de
www.hausaeerzte-team-lahr.de

Sparkasse Offenburg / Ortenau
IBAN DE41 6645 0050 0000 0036 90
BIC SOLADES10FG