

Hautarztpraxis Dr. med. Reinhard Knöll

**Rezeptwunsch (Wiederholungsrezept)**

Absender:

**An**

Dr. med. Reinhard Knöll  
Schießgrabenstraße 3  
21335 Lüneburg

<b>Ich benötige ein Rezept über:</b>	
Genauer Medikamentenname	Menge

- Das Rezept wird abgeholt
- Das Rezept bitte per Post zuschicken (bitte frankierten Rückumschlag beilegen)

Ich bin tagsüber zu erreichen unter dieser Telefonnummer: \_\_\_\_\_

**Bitte denken Sie bei Rezeptwünschen an:**

- frankierten Rückumschlag
- Krankenversicherungskarte zu Beginn des neues Quartals (Privatkassen ausgenommen)

\_\_\_\_\_  
Datum und Unterschrift Patient/in