

Bitte bei der Krankenkasse einreichen!

Verordner

Bewilligungsstempel Krankenkasse

Lieferung an Patient

Patientendaten

Name: _____

Adresse: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

KK u. Vers.Nr.: _____

Lieferung an Apotheke

Apothekenstempel

Kundennummer: _____

ALThERA HMO

Althéra HMO
6x 400 g Dose

Anzahl Karton _____ PZN: 5332770

Medizinische Begründung:

ALFAMINO HMO

Alfamino HMO
6x 400 g Dose

Anzahl Karton _____ PZN: 5332793

Medizinische Begründung:
