



## Bestätigung Arzneimittelverordnung

Betrifft (Name/Vorname, Geburtsdatum, Adresse):

---

---

## Verordnete Arzneimittel:

Anzahl/Menge	Produktbeschreibung	Preis
--------------	---------------------	-------

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Gesamttotal**

**Fr.** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel/Unterschrift

Irene Padeste-Grob  
dipl. Homöopathin hfnh/SHI

Chuematt 8  
6072 Sachseln  
T 043 422 55 33  
info@praxispadeste.ch  
www.praxispadeste.ch