



Ärztliche Verordnung

Name: _____

Adresse: _____

Versicherung: _____

Diagnose

Verordnung

Verordnender Arzt

Bitte um telefonische Rücksprache

Stempel: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____

Roffler Chur AG
Rheinstrasse 85–87
7004 Chur

Tel. 081 286 99 30
Fax 081 286 99 39
www.roffler-bettenstudio.ch
info@roffler-bettenstudio.ch