Rezeptbegleitkarte

Bitte Ihrer Bestellung per Fax/Post beifügen

Fax: 0180 5 17 70 17 (14ct pro Minute)
Tel.: 0180 5 18 80 18 (14ct pro Minute)
Apotheke Dr. Braun | Hauptstraße 6 | D-78333 Stockach

ApoVia.de

Herr ☐ Frau ☐ Kind ☐

Vorname: _____

Name: _____

Firma: _____

Straße und Hausnummer: _____

PLZ und Ort: _____

eMail-Adresse: _____

Telefon: _____

Krankenkasse: _____

Versicherungsnummer:

Ich wünsche:

☐ eine Adressänderung

eine Änderung meiner Lieferadresse

☐ einmalig
☐ dauerhaft

Sonstiges:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Persönliche Angaben zu Ihrer Gesundheit

(Diese freiwilligen Gesundheits-Angaben dienen Ihrer Sicherheit bei der Einnahme von Medikamenten und werden nicht an Dritte weitergegeben.)

Besteht eine Schwangerschaft, Stillzeit?

☐ Nein ☐ Ja, Ich stille
☐ Ja, der erwartete Geburtstermin ist der:
____.____._____ (Bsp: 19.03.2007)

Bestehen Allergien oder sonst. Unverträglichkeiten?

☐ Nein
☐ Ja, und zwar folgende:

_____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?

☐ Nein
☐ Ja, und zwar folgende:

_____

Leiden Sie unter gesundheitlichen Störungen?

☐ Nein

Ja, und zwar an:

☐ Asthma
☐ Diabetes
☐ Herzerkrankung
☐ Hoher Bludruck
☐ Magen-Darmerkrankung
☐ Schilddrüsenerkrankung
☐ Sonstige

_____

_____

_____

_____

Was wir noch über Sie wissen sollten:

Wie groß sind Sie: _____ cm

Ihr aktuelles Körpergewicht: _____ kg

Geburtsdatum: ____.____._____ (Bsp: 19.03.1952)

Sonstige Angaben / Bemerkungen

_____

_____

_____

_____

Datum: _____ Ihre Unterschrift: _____