

REZEPTBEGLEITKARTE

Bitte Ihrer Bestellung per Fax/Post beifügen

Fax: 0180 6 177017* • Telefon: 0180 6 188018* • info@apovia.de • Apotheke Dr. Braun • Hauptstraße 6 • D-78333 Stockach

*20 Cent/Verbindung aus dem deutschen Festnetz und max. 60 Cent/Verbindung aus den Mobilfunknetzen. Ausländische Preise können abweichen.

KUNDENDATEN

KdNr.

Herr Frau Titel:

Vorname:

Name:

Firma:

Straße / Nr.:

PLZ / Ort:

E-Mail:

Telefon (für Rückfragen):

Geburtsdatum:

ABWEICHENDE LIEFERADRESSE

Herr Frau

Vorname:

Name:

Firma:

Straße / Nr.:

PLZ / Ort:

Telefon (für Rückfragen):

KRANKENKASSE

Name:

Versichertennummer:

Geburtsdatum:

REZEPTMENGE

Mit dieser Rezeptbegleitkarte übersende ich Ihnen Rezepte.

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 voraussichtlich der

Bestehen Allergien oder sonst. Unverträglichkeiten?

- Nein
 Ja, folgende:

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?

- Nein
 Ja, folgende:

Leiden Sie unter gesundheitlichen Störungen?

- Nein
 Ja, an: Asthma
 Diabetes
 Herzkrankung
 Hoher Blutdruck
 Magen-Darmerkrankung
 Schilddrüsenerkrankung
 Sonstiges:

Was wir noch über Sie wissen sollten:

Wie groß sind Sie: cm

Ihr aktuelles Körpergewicht: Kg

Geburtsdatum:

Sonstige Angaben / Bemerkungen:

Datum

Unterschrift

Mit meiner eigenhändigen Unterschrift akzeptiere ich die Allgemeinen Geschäftsbedingungen der Apotheke Dr. Braun (www.apovia.de/agb)