

Persönliche Angaben

Bitte füllen Sie - als Neukunde - das Formular aus und senden/ faxen/ mailen Sie es unterschieden an die Bären-Apotheke. Der Versand an Sie kann umgehend erfolgen, sobald das Formular in der Apotheke eingetroffen ist.

Kundin, Kunde w m

Vorname, Name: _____ Geburtsdatum _____

Strasse, Nr.: _____ PLZ, Ort: _____

Telefon privat: _____ Telefon mobil: _____

Telefon Geschäft: _____ E-Mail: _____

Lieferadresse Falls nicht an obige Adresse

Vorname, Name: _____ PLZ, Ort: _____

Strasse, Nr.: _____

Krankenkasse: Falls direkte Abrechnung erwünscht Bsp.. 80756 xxxxx yyyy zzzzz

Grundversicherung _____ Karten-Nr _____

Zusatzversicherung _____ Karten-Nr. _____

Gesundheitsfragen

Die Beantwortung dieser Fragen ist freiwillig und dient der Erhöhung der Arzneimittel-Sicherheit. Datenschutz und Schweigepflicht sind jederzeit garantiert. Bei Fragen oder Unklarheiten können Sie sich gerne mit uns in Verbindung setzen.

Sind Sie schwanger? JA NEIN Stillen Sie? JA NEIN

Leiden Sie an einer der folgenden Gesundheitsstörungen ?

<input type="checkbox"/> Herz-/ Kreislaufbeschwerden	<input type="checkbox"/> Leber-/ Gallenbeschwerden	<input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankungen
<input type="checkbox"/> Asthma/ Atemwegsprobleme	<input type="checkbox"/> Magen-/ Darmbeschwerden	<input type="checkbox"/> Schlafstörungen
<input type="checkbox"/> Nierenprobleme	<input type="checkbox"/> Muskelerkrankungen	<input type="checkbox"/> andere
<input type="checkbox"/> Bluthochdruck/ Gefässerkrankungen	<input type="checkbox"/> Diabetes	_____

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein? JA NEIN

Wenn JA, welche? _____

Bestehen Unverträglichkeiten oder Allergien JA NEIN

Wenn JA, welche? _____

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____