

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.

Ich bin damit einverstanden, dass mein Arzt die ärztliche Verordnung direkt der Bären- Apotheke übermittelt
 JA NEIN

Ich bin einverstanden mit der Datenspeicherung arzneimittelbezogener Daten im Computersystem der Apotheke
 JA

Es ist für die Apotheke gesetzlich vorgeschrieben, dass zur Sicherheitsprüfung ihre gelieferten Daten in unserem Computersystem eingetragen werden. Datenschutz und Schweigepflicht der Apotheke sind immer garantiert.

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: _____