

An:

unserekleineapotheke.de
Versandapotheke der Linden - Apotheke
R.- Breitscheid Str. 32

06773 Gräfenhainichen

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen, zutreffendes ankreuzen, unterschreiben und absenden.

Ich lege dem Formular _____ (Anzahl) Rezept(e) bei.

Von:

Name	Vorname	
Straße	Haus-Nr.	
Postleitzahl	Ort	
Tel.	Fax	email

weitere Angaben

Geschlecht	Geburtsjahr	
Erkrankungen	.	
Diabetes mellitus	ja / nein	
Asthma bronchiale	ja / nein	
Herz-Kreislauf-Erkrankungen	ja / nein	
Leberinsuffizienz	ja / nein	
Niereninsuffizienz	ja / nein	
Allergien		
Andere		
Schwangerschaft / Stillzeit	.	
Ich bin schwanger	ja / nein	
Ich stille	ja / nein	

Diese Arzneimittel nehmen ich regelmäßig ein (Name, Wirkstärke, Dosierung)?:

Medikament	Dosierung

Zum Einzug der Beträge aus der Zuzahlungsregelung oder bei nicht erstattungsfähigen Medikamenten oder für die Medikamentenpreise bei Privatpatienten erteile ich Ihnen Einzugesermächtigung für folgendes Konto, zu dem ich verfügungsberechtigt bin.

Kontoinhaber	
BLZ	
Bankname	
Kontonummer	

Datum:

Unterschrift:
(Patient oder gesetzlicher Vertreter)