



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

Bestelldaten	
<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr Firma _____ Titel _____ Vorname _____ Name _____ Straße und Hausnummer _____ PLZ _____ Ort _____ Kunden-Nr. (falls vorhanden) _____ Geburtsdatum _____	Krankenkasse _____ Kassenummer _____ Telefon (tagsüber) _____ Telefon (abends) _____ Fax _____ E-Mail _____
<input type="checkbox"/> Separate Lieferadresse	
Vorname, Name _____ Straße und Hausnummer _____	Firma _____ PLZ _____ Ort _____

Rezepte	Ich lege dieser Bestellung <input type="checkbox"/> Originalrezept(e) bei.	Aus Sicherheitsgründen erfolgt kein Versand von Medikamenten, die der BTM-Verordnung unterliegen.
----------------	--	--

Bestellung			
PZN*	Name des Produkts o. Medikaments	Packungsgröße**	Anzahl

* Die 7-stellige PharmaZentralNummer finden Sie auf der Arzneimittelpackung, in der Nähe des Strichcodes ** z.B. 10 Tabl.

Zahlungsart		
<input type="checkbox"/> Vorkasse Unsere Bankverbindung: Jürgen Schäfer Deutsche Apotheker- u. Ärztekbank BLZ 300 606 01 Konto-Nr. 040 819 3223 IBAN DE 9230 0606 0104 0819 3223 BIC DAAEDED	<input type="checkbox"/> Bankeinzug Konto-Inhaber _____ IBAN _____ BIC _____ Bankinstitut _____	<input type="checkbox"/> Nachnahme Es entsteht eine Nachnahmegebühr in Höhe von € 3,60. Es entstehen Banktransferkosten in Höhe von € 2,00, die zusätzlich direkt bei der Auslieferung durch den Versanddienstleister zu bezahlen sind („Zustellgebühr“).
<input type="checkbox"/> Rechnung (Zahlungsziel 10 Tage)		
Hiermit ermächtige ich Sie widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos einzuziehen. Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung.		

Mit meiner Unterschrift akzeptiere ich die **Allgemeinen Geschäftsbedingungen von Apotheker Schäfer**. (www.apotheker-schaefer.de/agb)

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------

Zum Zweck der Entscheidung über die Begründung, Durchführung oder Beendigung des Vertragsverhältnisses erheben oder verwenden wir Wahrscheinlichkeitswerte, in deren Berechnung unter anderem Anschriftendaten einfließen.



Dieser freiwillig auszufüllende Fragebogen dient Ihrer Sicherheit bei der Einnahme der Arzneimittel.
Diese Informationen werden nicht an Dritte weitergegeben.
Die Daten werden nur zum Zweck der pharmazeutischen Betreuung durch unsere Apothekerinnen und Apotheker mit Ihrem Einverständnis genutzt, gespeichert und auf Wunsch gelöscht.

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

Folgende Erkrankungen sind bei mir diagnostiziert worden:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Asthma Bronchiale | <input type="checkbox"/> Glaukom | <input type="checkbox"/> Magenerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Herz-Kreislauf-Erkrankungen | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Lebererkrankungen | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankungen |

Raum für eigene Eintragungen

Folgende Arzneimittel nehme ich ein:

Nehmen Sie Schmerzmittel?

- ja nein

Nehmen Sie Blutverdünner?

- ja nein

Nehmen Sie Kontrazeptiva (Antibabypille)?

- ja nein

PZN*	Bezeichnung/Wirkstärke	Einnahme	
		regelmäßig	gelegentlich
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Die 7-stellige PharmaZentralNummer finden Sie auf der Arzneimittelpackung, in der Nähe des Strichcodes

Auf folgende Stoffe / Arzneimittel reagiere ich überempfindlich / allergisch:

Allergiepass (Kopie liegt bei)

Schwangerschaft / Stillzeit:

- ich bin schwanger ich stille

Allgemeine Angaben:

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

Ich habe noch Fragen und bitte um Rückruf

Ort, Datum

Unterschrift