Kundenfragebogen für den Arzneimittelversand

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

damit wir Sie optimal zu Fragen der Arzneimitteltherapie beraten und arzneimittel- sowie gesundheitsbezogene Probleme erkennen können, bitten wir Sie, uns weitere Daten zu Ihrem Gesundheitszustand und zu Ihrer Medikation sowie die beiliegende unterzeichnete Einverständniserklärung zur Speicherung der Kundendaten für den Versandhandel zur Verfügung zu stellen. Die Angaben sind freiwillig und werden nur im Rahmen Ihrer Einverständniserklärung in der Apotheke verarbeitet.

Name, Vorname				
Straße Haus-Nr.				•
PLZ Ort				
Telefon			Fax	
E-Mail				
Geschlecht	☐ männlich ☐ weiblich		Geburtsjahr	
Erkrankungen	☐ Asthma bronchiale ☐ Leberinsuffizienz	_	etes mellitus eninsuffizienz	☐ Herz-Kreislauf-Erkrankungen☐ Andere, z. B. Allergien
Schwanger- schaft / Stillzeit	☐ ich bin schwanger ☐ ich stille			
Wir helfen Ihnen gerne hei der Aufstellung Ihrer Arzneimittel. Bei Fragen oder Unklarheiten melden wir uns telefonisch hei Ihnen				
¹Wir helfen Ihnen gerne bei der Aufstellung Ihrer Arzneimittel. Bei Fragen oder Unklarheiten melden wir uns telefonisch bei Ihnen. ☐ Bitte rufen Sie mich zur Aufstellung meiner Arzneimittel auf.				
Datum				
Unterschrift (Kunde oder				