



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

Persönliche Daten

Bitte beachten Sie: Wir versenden ausschließlich an Kunden innerhalb der Bundesrepublik Deutschland!

Frau Herr

 Firma

 Krankenkasse

 Titel Vorname

 Versichertennummer

 Name

 Telefon (tagsüber)

 Straße und Hausnummer

 Telefon (abends)

 PLZ Ort

 Fax

 Kunden-Nr. (falls vorhanden) Geburtsdatum

 E-Mail

Alternative Lieferadresse

 Vorname, Name

 Firma

 Straße und Hausnummer

 PLZ Ort

Rezepte

Ich lege dieser Bestellung Originalrezept(e) bei. Aus Sicherheitsgründen erfolgt **kein** Versand von Medikamenten, die der BTM-Verordnung unterliegen.

Bestellung

Artikel-Nr./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

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde, als Neukunde haben Sie leider erst ab der dritten Bestellung die Möglichkeit, per Rechnung und Bankeinzug zu bezahlen. Als Erstbesteller haben Sie die Auswahl zwischen Kreditkarte, Vorkasse oder Nachnahme (Gebühren €4,30 zzgl. €2,00 Nachnahmegebühr). Sollten sich Fragen ergeben, stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung. Vielen Dank für Ihr Verständnis.

Vorkasse
 Andreas Wittig · Apobank Düsseldorf
 BLZ: 300 606 01 · Kto.Nr.: 0 105 609 585

Bankeinzug

 Konto-Inhaber

Per Nachnahme

Per Kreditkarte
 Mastercard Visa American Express

 Kreditkarte-Nr.

 Gültigkeitsdatum: Kartenprüfnummer

 Konto-Nr. BLZ

 Bankinstitut

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.

Rechnung (Zahlungsziel 10 Tage)

Mit meiner Unterschrift akzeptiere ich die Allgemeinen Geschäftsbedingungen von Apotheke 724. (www.apotheke724.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.



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

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.

Folgende Erkrankungen sind bei mir diagnostiziert worden:

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

* 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