

# Ihre Daten:

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnr.: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Zuzahlungsbefreit:   o ja   o nein

Befreiung gültig bis: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Wir verpflichten uns, alle persönlichen Daten nur für Beratungszwecke zu verwenden. Eine Weitergabe an Dritte ist ausgeschlossen.

Mit meiner Unterschrift auf dem Antrag erkenne ich die Aufnahme meiner persönlichen Daten an und bin mit deren Speicherung einverstanden. Auf meine Anforderung sind alle Daten unverzüglich zu löschen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Wenn Sie unser erweitertes Serviceangebot nutzen möchten, können Sie uns noch ein paar Fragen beantworten, damit wir Sie noch besser und gezielter zu Arzneimitteln beraten können. Wir können dadurch zum Beispiel überprüfen, ob Sie auf ein Arzneimittel eventuell allergisch reagieren könnten, oder Ihnen auf Sie zugeschnittene Informationen zu Ihren Arzneimitteln zukommen lassen.

Leiden Sie an chronischen Erkrankungen?

nein

ja, an \_\_\_\_\_

Haben Sie bekannte Allergien?

nein

ja, gegen \_\_\_\_\_

Meine Gesundheit ist mir wichtig! Ich bin an folgenden Beratungsthemen interessiert:

Allergie

Leber / Galle

Homöopathie

Bluthochdruck

Migräne

Diabetes

Krebs

sonstige Themen: \_\_\_\_\_

Ernährung / Diät

Asthma / COPD

Magen / Darm

Rheuma / Arthrose

Osteoporose

Cholesterin

Gicht

Demenz / Alzheimer

Wir sind auf vielen dieser Gebiete speziell fortgebildet.