

Rezept Begleitkarte

**Kunde** □ Frau

 □ Mann

Name Vorname

Adresse PLZ, Ort

Geburtsdatum Telefon (tagsüber für Rückfragen)

 e-mail-Adresse

**Lieferadresse**

□ Ich hole die Medikamente zu Öffnungszeiten in der Apotheke ab

□ Legen Sie die Medikamente ins Abholfach

 Die Nummer teilen wir Ihnen telefonisch oder schriftlich mit

□ Bitte schicken Sie die Medikamente an folgende Adresse

Adresse, PLZ, Ort

**BMI (Body-Mass-Index) kg/m2**

aktuelles Gewicht [kg] Körpergrösse [m] BMI

**Versicherung**

Krankenversicherung (Grundversicherung) Mitgliedsnummer

Krankenversicherung (Zusatzversicherung) Mitgliedsnummer

|  |
| --- |
| **Datum: Unterschrift:** |



|  |
| --- |
| Alle Angaben unterliegen dem Datenschutz und werden vertraulich behandelt. Bei Bestellungen von Medikamenten ist die Beantwortung dieser Fragenvorgeschrieben. Wir rufen Sie nur bei Rückfragen bezüglich Ihres Rezeptes an.□ Bitte rufen Sie mich an |

Fragen zur Erhöhung

der Arzneimittelsicherheit

**Bei Schwangerschaft und Stillzeit**

bei Frauen sind Sie schwanger? □ ja □ nein Termin

 Stillen Sie? □ ja □ nein

**Leiden Sie unter folgenden Beschwerden?**

□ Diabetes □ Herz-Kreislauf-Erkrankungen

□ Bluthochdruck □ Lebererkrankungen

□ Blutgerinnungsstörungen □ Nierenerkrankungen

□ Bronchialasthma □ Allergien (welche?)

□ andere Krankheiten

**Was tun, wenn es zum verordneten Medikament ein Generikum gibt?**

□ Ersetzen Sie mein Medikament durch ein preiswertes Generikum

□ kontaktieren Sie mich zuvor □ liefern Sie mir das Originalpräparat

**Welche Medikamente nehmen Sie zusätzlich zu jenem vom Rezept?**

|  |
| --- |
| **Vollmacht** ich bin damit einverstanden, dass mein Arzt die ärztliche Verordnung direkt an die Apotheke Kempten sendet. □ ja □ nein  |

|  |
| --- |
| **Datum: Unterschrift:** |