

Ihre persönliche Apothekenkarte

Kur-Apotheke
K A R S T E N W O L T E R

Ja, ich möchte meine persönliche Apothekenkarte nutzen

Kartennummer _____

Wird von einem/einer Mitarbeiter/in der KUR APOTHEKE ausgefüllt.

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Straße _____

PLZ / Ort _____

Telefon _____

Hausarzt _____

Versichertennummer _____

Krankenkasse _____

Ihre Daten können wir auch von Ihrer Versichertenkarte einlesen. Einfach mitbringen.

Befreiungsbescheid ja nein

gültig bis _____

Chronische Erkrankungen _____

Allergien / Unverträglichkeiten _____

Ort / Datum _____

Unterschrift _____

Datenschutzerklärung

Hiermit erkläre ich entsprechend des §3 des Bundesdatenschutzes (BDSG) mein Einverständnis, dass meine persönlichen Adress- und Arzneimitteldaten zum Zweck der Arzneimittelberatung und das Recht, jeder Zeit über die gespeicherten Daten Auskunft zu bekommen und diese löschen zu lassen. Eine Weiterleitung an Dritte untersage ich.

Einfach ausgefüllt in Ihrer **KUR APOTHEKE** abgeben.