

Fo2 Erfassung der Patientendaten im Rahmen des Arzneimittelversandes und Einverständniserklärung

Um Sie optimal in Fragen der Arzneimitteltherapie beraten und arzneimittel- und gesundheitsbezogene Probleme erkennen zu können, müssen Sie uns weitere Daten zu Ihrem Gesundheitszustand und zu Ihrer Medikation zur Verfügung stellen. Die Angaben werden nur im Rahmen der Information zur Speicherung arzneimittelbezogener Daten, für die Teilnahme am Versandhandel mit Arzneimitteln, in der Apotheke verarbeitet. **Dieses Formular müssen wir zwingend mit Originalunterschrift von Ihnen zurückerhalten (bitte vorfrankiertes Couvert verwenden).**

Angaben zum Patienten		
Name, Vorname:	Geburtsdatum:	Telefonnummer:
Strasse, Haus-Nr.:	Geschlecht: <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	Mobil-Telefonnummer:
PLZ, Ort:	Name Krankenkasse:	E-Mail:
	Versicherungsnummer: 80756 . . .	
Erkrankungen		
<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Bluthochdruck <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörungen <input type="checkbox"/> Bronchialasthma <input type="checkbox"/> Herz-Kreislauf-Erkrankungen	<input type="checkbox"/> Lebererkrankungen <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen <input type="checkbox"/> Allergien, wenn ja welche _____ _____	<input type="checkbox"/> Andere Erkrankungen _____ _____ <input type="checkbox"/> Ich möchte ausdrücklich keine Angaben machen
Schwangerschaft/Stillzeit	<input type="checkbox"/> Ich bin schwanger	<input type="checkbox"/> Ich stille
Welche Arzneimittel nehmen Sie regelmässig ein		
Name, Wirkstärke, Dosierung / z.B. Aspirin cardio 100 mg 1x1 Tabl.		

Wir sind gerne dazu bereit, Ihnen mit der Auflistung der Arzneimittel zu helfen. Melden Sie sich bei uns, falls Sie unsere Hilfe benötigen.		
Ich gebe mein Einverständnis dafür, dass ...:		
<ul style="list-style-type: none"> ... mir anstelle des Original-Präparates ein günstigeres Generikum geliefert wird <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> nur nach Rücksprache mit mir		
<ul style="list-style-type: none"> ... die Vitaluce Apotheke ein für mich ausgestelltes Rezept, welches ohne Bemerkungen an die Vitaluce Apotheke von mir oder dem Arzt gesendet wurde, nach Empfang sofort bearbeitet und die verschriebenen Produkte an mich sendet. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, ich möchte die Bestellung immer selber per Briefpost, per Mail oder telefonisch bei der Vitaluce Apotheke auslösen.		
<ul style="list-style-type: none"> Mit der Unterschrift dieses Formulars erlaube ich, als unterzeichnende Person, der Apotheke, während zwei Jahren die Ausführung von Rezepten per Versandhandel. In dieser Zeit teile ich Änderungen meines Gesundheitszustands, wenn möglich, immer mit. Ich wurde über die Wahlfreiheit des Medikamentenbezugs informiert und habe die Information Fo1 zur Speicherung arzneimittelbezogener Daten und Fo2 Erfassung der Patientendaten für die Teilnahme am Versandhandel verstanden und bin damit einverstanden. Bestellungen, welche korrekt durch die Vitaluce Apotheke ausgeführt wurden, können grundsätzlich nicht retourniert werden und werden nicht vergütet. Falls der Rezeptsendung keine Notiz beiliegt, wird alles, was auf dem Rezept verordnet wurde, an mich gesendet. Reklamationen bezüglich Bestellungen müssen umgehend gemeldet werden. Diese Einwilligung erfolgt freiwillig. Sie kann jederzeit und formlos widerrufen werden. In diesem Fall verliert die Einverständniserklärung ihre Gültigkeit. 		
Datum:	Unterschrift (ggf. gesetzlicher Vertreter):	