

Rezeptbegleitkarte

Bitte Ihrer Bestellung per Fax/Post beifügen

Tel.: 02431 87 93 93 (Festnetztarif)

Fax: 02431 87 93 52 (Festnetztarif)

Lambertus Apotheke H.J. - Gormanns - Str. 12 41812 Erkelenz



EUROAPO24.DE

Herr Frau Kind

Vorname: _____

Name: _____

Firma: _____

Straße und Hausnummer: _____

PLZ und Ort: _____

eMail-Adresse: _____

Telefon: _____

Krankenkasse: _____

Versicherungsnummer: _____

Ich wünsche:

eine Adressänderung

eine Änderung meiner
Lieferadresse

einmalig

dauerhaft

Sonstiges:

Persönliche Angaben zu Ihrer Gesundheit

(Diese freiwilligen Gesundheits-Angaben dienen Ihrer Sicherheit bei der Einnahme von Medikamenten und werden nicht an Dritte weitergegeben.)

Besteht eine Schwangerschaft, Stillzeit?

Nein Ja, Ich stille

Ja, der erwartete Geburtstermin ist der:

____. ____ . ____ (Bsp: 19.03.2007)

Bestehen Allergien oder sonst. Unverträglichkeiten?

Nein

Ja, und zwar folgende:

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?

Nein

Ja, und zwar folgende:

Leiden Sie unter gesundheitlichen Störungen?

Nein

Ja, und zwar an:

Asthma

Diabetes

Herzerkrankung

Hoher Blutdruck

Magen-Darmerkrankung

Schilddrüsenerkrankung

Sonstige

Was wir noch über Sie wissen sollten:

Wie groß sind Sie: _____ cm

Ihr aktuelles Körpergewicht: _____ kg

Geburtsdatum: ____ . ____ . ____ (Bsp: 19.03.1952)

Sonstige Angaben / Bemerkungen

Datum: _____

Ihre Unterschrift: 