

# Patientenangaben für den Apotheker

Die folgenden Informationen können Sie uns auf freiwilliger Basis zukommen lassen. Wir garantieren Ihnen eine streng vertrauliche Handhabung. Sie dienen allein dem Zweck, die Hintergründe und Begleitumstände der Verordnung besser bewerten zu können.

Ich habe Allergien oder Unverträglichkeiten  ja /  nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Die folgenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen wurden bei mir festgestellt:

Diabetes  Asthma

Bluthochdruck  Nierenerkrankung

Schilddrüsenerkrankung  Herzerkrankung

Magen-Darmerkrankung  Lebererkrankung

anderes \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Besteht eine Schwangerschaft?  ja /  nein

Wenn ja, in welcher Schwangerschaftswoche? \_\_\_\_\_

Ich nehme noch andere Medikamente  ja /  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Mein Körpergewicht : ca. \_\_\_\_\_ kg

Meine Körpergröße : ca. \_\_\_\_\_ cm

Mein Geburtsdatum: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

## SEPA-Basislastschriftmandat

### Zahlungsempfänger:

Bahnhof-Apotheke M. Büscher e.K., Friedrichstr. 16, 74889 Sinsheim, Tel 07261/9437460, service@mimedita.de  
Gläubigeridentifikations-Nr.: **DE83ZZZ00000839174**

Ich/wir ermächtige/n den Zahlungsempfänger Bahnhof-Apotheke M. Büscher e.K., Zahlungen von meinem/unserem Konto einzuziehen. Gleichzeitig weise/n ich/wir meine Bank an, die von der Bahnhof-Apotheke M. Büscher e.K. gezogenen Lastschriften einzulösen.

### Hinweis:

Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Datum der Belastung, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

### Name und Anschrift des Zahlungspflichtigen:

Kundennummer \_\_\_\_\_ (falls vorhanden)

Vorname, Name \_\_\_\_\_

Strasse, Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

### Bankverbindung des Zahlungspflichtigen:

\_\_\_\_\_  
Name des Kreditinstituts

DE \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_  
IBAN BIC (S.W.I.F.T-Code)

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Unterschrift



## Bestellschein

**Ja**, ich will den Top-Service und die schnelle Lieferung nutzen und bestelle die unten folgenden Artikel zur Lieferung an diese Adresse:

Herr / Frau

Kundennummer (falls bekannt) \_ \_ \_ \_ \_

Vorname \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Straße/Nummer \_\_\_\_\_

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

E-Mail \_\_\_\_\_

Telefon für evt. Rückfragen. Bitte unbedingt angeben! \_\_\_\_\_

- Ich bin umgezogen. Dies ist meine neue Adresse.
- Ich möchte einmalig diese Bestellung an die nebenstehende Adresse liefern lassen. (Bitte beachten Sie, dass Sie mindestens die nächsten 5 Werktage unter dieser folgenden Anschrift erreichbar sein sollten!)
- Ich habe \_\_\_ (Anzahl) Rezept(e) beigelegt. Bitte liefern Sie die verordneten Positionen. Ich bin wie folgt versichert (Kassenbezeichnung): \_\_\_\_\_

**Bitte unbedingt ausfüllen! Diese Angaben finden Sie auf Ihrer Krankenkassenskarte. Vergessen Sie nicht die wichtigen „Patientenangaben für den Apotheker“ auf der Rückseite!**

Versicherten-Nr. \_ \_ \_ \_ \_

Kassen-Nr. \_ \_ \_ \_ \_

### Ich bestelle folgende verschreibungsfreie Artikel.

Artikelbezeichnung evtl. mit Hersteller	Inhalt (St.,ml,g,...)	PZN (falls bekannt)	Anzahl (Packungen)	Einzelpreis (falls bekannt)	Gesamtpreis (falls bekannt)

Alle Preise in Euro inkl. gesetzl. MwSt. Es gelten die Lieferbedingungen der mimedita.de Versandapotheke, zu finden unter mimedita.de/agb.html u. mimedita.de/datenschutz.html oder auf Wunsch per Post.

**Gesamtpreis**

Ich bezahle per  Rechnung  Banklastschrift\*  Nachnahme (+ 5 €)

\*Für die Zahlung per Banklastschrift füllen Sie bitte **umseitiges SEPA-Basislastschriftmandat** aus.

Die Lieferung erfolgt mit Rezepteinreichung oder bei einem Bestellwert über 50 € versandkostenfrei. Unter einem Bestellwert von 50 € und ohne Rezept werden 3,90 € Versandkostenpauschale berechnet.

Datum \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ Unterschrift \_\_\_\_\_