

Ihre Daten:

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße/Hausnr.: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

Krankenkasse: _____

Zuzahlungsbefreit: o ja o nein

Befreiung gültig bis: _____

Hausarzt: _____

Wir verpflichten uns, alle persönlichen Daten nur für Beratungszwecke zu verwenden. Eine Weitergabe an Dritte ist ausgeschlossen.

Mit meiner Unterschrift auf dem Antrag erkenne ich die Aufnahme meiner persönlichen Daten an und bin mit deren Speicherung einverstanden. Auf meine Anforderung sind alle Daten unverzüglich zu löschen.

Ort, Datum

Unterschrift

Wenn Sie unser erweitertes Serviceangebot nutzen möchten, können Sie uns noch ein paar Fragen beantworten, damit wir Sie noch besser und gezielter zu Arzneimitteln beraten können. Wir können dadurch zum Beispiel überprüfen, ob Sie auf ein Arzneimittel eventuell allergisch reagieren könnten, oder Ihnen auf Sie zugeschnittene Informationen zu Ihren Arzneimitteln zukommen lassen.

Leiden Sie an chronischen Erkrankungen?

nein

ja, an _____

Haben Sie bekannte Allergien?

nein

ja, gegen _____

Meine Gesundheit ist mir wichtig! Ich bin an folgenden Beratungsthemen interessiert:

Allergie

Leber / Galle

Homöopathie

Bluthochdruck

Migräne

Diabetes

Krebs

sonstige Themen: _____

Ernährung / Diät

Asthma / COPD

Magen / Darm

Rheuma / Arthrose

Osteoporose

Cholesterin

Gicht

Demenz / Alzheimer

Wir sind auf vielen dieser Gebiete speziell fortgebildet.