

## Angaben zur Person

Frau  Herr

Vorname / Name

Strasse & Hausnummer

PLZ Ort

Geburtsdatum Krankenkasse

Kundennummer (falls zur Hand)

Telefon

Mobil

E-Mail

Versichertennummer

## alternative Lieferadresse

Frau  Herr

Vorname / Name

Firma

Strasse & Hausnummer

PLZ Ort

## Medikamente auf Rezept

Ich lege dieser Bestellung  Originalrezepte bei.

**i** Aus Sicherheitsgründen werden keine kühllistenpflichtige Artikel sowie keine Medikamente die der Betäubungsmittel-Verordnung unterliegen, von uns versandt.

## zusätzliche Bestellung

Anz.	Artikelnr. / PZN <sup>1</sup>	Artikelbezeichnung & Stärke	Größe <sup>2</sup>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

<sup>1</sup> falls bekannt, diese Angaben finden Sie in der Artikelbeschreibung in unserem Online-Shop oder auf der Arzneimittelverpackung  
<sup>2</sup> z.B. 10 Tabl. oder 50 ml

## Zahlung per ...

Rechnung  Nachnahme (zzgl. 3,- EUR Nachnahmekostenanteil)

Bankeinzug

MasterCard  American Express  Visa

Konto - Inhaber

Konto - Nummer

BLZ

Karteninhaber

Kreditkartennummer

gültig bis (MM/JJ) Prüzfiffer

Bankinstitut

**Einzugsermächtigung:**  
Hiermit ermächtige ich Sie widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos einzuziehen. Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung.

Ort, Datum

Unterschrift

Mit meiner Unterschrift akzeptiere ich die Allgemeinen Geschäftsbedingungen von med-markt.de. (<http://www.med-markt.de/agb>)

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen, zutreffendes ankreuzen, unterschreiben und absenden.

**i** Dieser Fragebogen dient ausschließlich Ihrer Sicherheit bei der Einnahme von Medikamenten. Bitte beantworten Sie die Fragen sorgfältig. Ihre Informationen werden nur zum Zweck der pharmazeutischen Betreuung genutzt und nicht an Dritte weitergegeben! **Alle Angaben sind freiwillig!** Allerdings können wir Sie nur bei vollständigen Angaben optimal beraten.

Den Gesundheitsfragebogen habe ich Ihnen bereits vorgelegt, es sind seither keine Änderungen aufgetreten.

## Folgende Erkrankungen sind bei mir diagnostiziert worden:

- |  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| <input type="radio"/> Alkoholabhängigkeit                            | <input type="radio"/> Diabetes Typ I              | <input type="radio"/> Heuschnupfen                       | <input type="radio"/> Obstipation (Verstopfung) |
| <input type="radio"/> Anämie   | <input type="radio"/> Diabetes Typ II             | <input type="radio"/> Hyperthyreose (Schilddrüsenüberf.) | <input type="radio"/> Osteoporose               |
| <input type="radio"/> Angina pectoris                                | <input type="radio"/> Epilepsie                   | <input type="radio"/> Hypothyreose (Schilddrüsenunterf.) | <input type="radio"/> Parkinson                 |
| <input type="radio"/> Arrhythmie (Herzrhythmusstörung)               | <input type="radio"/> Gallensteinleiden           | <input type="radio"/> Hypertonie (hoher Blutdruck)       | <input type="radio"/> Prostatahyperplasie       |
| <input type="radio"/> Asthma bronchiale                              | <input type="radio"/> Gastritis (Magenentzündung) | <input type="radio"/> Hypotonie (niedriger Blutdruck)    | <input type="radio"/> Rheuma                    |
| <input type="radio"/> Bronchitis                                     | <input type="radio"/> Gicht                       | <input type="radio"/> Lactoseintoleranz                  | <input type="radio"/> Ulcus (Magengeschwür)     |
| <input type="radio"/> Darmentzündung (Colitis ulcerosa, Morb. Crohn) | <input type="radio"/> Glaukom                     | <input type="radio"/> Leberfunktionsstörung              |   |
|  | <input type="radio"/> Herzinsuffizienz            | <input type="radio"/> Niereninsuffizienz                 |   |

andere: \_\_\_\_\_

## Arzneimittelunverträglichkeit: (auf folgende Stoffe / Arzneimittel reagiere ich überempfindlich / allergisch)

- |   |  |   |                                   |
|---|--|---|-----------------------------------|
| <input type="radio"/> ACE - Hemmer                      | <input type="radio"/> Beta-Lactam-Antibiotika      | <input type="radio"/> Diclofenac                | <input type="radio"/> Phenytoin   |
| <input type="radio"/> Acetylsalicylsäure (ASS, Aspirin) | <input type="radio"/> Carbamazepin                 | <input type="radio"/> Humaninsulin              | <input type="radio"/> Sulfonamide |
| <input type="radio"/> Amoxicillin                       | <input type="radio"/> Cephalosporine (Beta-Lactam) | <input type="radio"/> Naproxen                  |                                   |
| <input type="radio"/> Antimykotika (Anti-Pilzmittel)    | <input type="radio"/> Co-Trimoxazol                | <input type="radio"/> Penicilline (Beta-Lactam) |                                   |

andere: \_\_\_\_\_

Allergiepass (Kopie liegt bei)

## Arzneimittleinnahme: (diese Mittel nehme ich zusätzlich zu den bestellten ein)

Schmerzmittel:  Ja  Nein

Blutverdünner:  Ja  Nein

Kontrazeptiva (Antibabypille):  Ja  Nein

PZN <sup>1</sup>	Arzneimittelbezeichnung & Stärke	Einnahmehäufigkeit sehr oft >>>> sehr selten	Dosierung/Menge
_____	_____	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	_____
_____	_____	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	_____
_____	_____	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	_____
_____	_____	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	_____
_____	_____	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	_____

<sup>1</sup> sofern bekannt, die 7-stellige PZN (Pharmazentralnummer) finden Sie auf Ihrer Arzneimittelverpackung, meist in der Nähe des Strichcodes

## Sonstige Angaben:

### Schwangerschaft / Stillzeit

Ich bin schwanger:  Ja  Nein

Ich stille:  Ja  Nein

### Allgemein:

Körpergröße: \_\_\_\_\_ cm

Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Ich habe noch Fragen und bitte um Rückruf

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen, zutreffendes ankreuzen, unterschreiben und absenden.