

KUNDENDATEN

KdNr.

Telefon:

Herr

Frau

Titel:

E-Mail:

Vorname:

Name:

Geburtsdatum:

Welche rezeptpflichtigen und nicht rezeptpflichtigen Medikamente nehmen Sie regelmäßig in welcher Dosierung ein? (Dosierung z. B.: 2 x tgl. 1 Tablette)

	MEDIKAMENT/ARTIKEL	PZN (falls zur Hand, s. Packung)	DARREICHUNG	DOSIERUNG
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

Einwilligung zur Nutzung der Daten: Es gelten unsere AGB und Datenschutzbestimmungen. Diese können Sie unter www.apovia.de nachlesen. Sollte im Einzelfall eine Rücksprache mit meinem verordnenden Arzt notwendig sein, bin ich damit einverstanden, dass diese erfolgt und entbinde ihn für diesen speziellen Fall von seiner Schweigepflicht. Die Einwilligung kann von mir zu jeder Zeit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Ich bestätige die Richtigkeit der oben gemachten Angaben.

Datum

Unterschrift