

Familiennamen\*

Vorname\*

Sozialversicherungsnummer (alle 10 Ziffern)\*

Krankenkasse\*

Wohnadresse (PLZ, Ort, Hausnummer, Stiege, Tür)

Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)\*

Telefonnummer

E-Mail-Adresse

FRAU

HERR

Gewicht

Größe

Leiden Sie an erhöhtem Blutdruck?

Ja  Nein

Leiden Sie an erhöhtem Blutzucker?

Ja  Nein

Leiden Sie an grünem Star (erhöhter Augeninnendruck)?

Ja  Nein

Leiden Sie an einer Krebserkrankung, wenn ja welche?

Leiden Sie an einer Erkrankung der Schilddrüse?

Ja  Nein

des Herzens?

Ja  Nein

der Leber?

Ja  Nein

der Niere?

Ja  Nein

der Haut?

Ja  Nein

Oder an anderen chron. Erkrankungen wenn ja welche?

Hatten Sie bereits Operationen?

Ja  Nein

Wenn ja, welche?

Haben Sie Allergien?

Ja  Nein

Wenn ja, welche?

Besteht eine Allergie auf Medikamente?

Ja  Nein

Wenn ja, welche?

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig?

Name des Med.	mg Angabe	morgens	mittags	abends

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Ich erkläre mich hiermit einverstanden, dass meine Daten an die Apotheke zur Guten Hoffnung, Rathstraße 16, 1190 Wien, zum Zwecke der Medikamentenabholung ohne vorherigen Arztbesuch weitergegeben werden dürfen.

Ja, ich bin damit einverstanden.

Nein, ich bin nicht einverstanden.

Ort, Datum (TT.MM.JJJJ)

Unterschrift