



**Apotheke
Reinhardshausen**

Erfassungsbogen für die Kundenkarte

Dr. Johannes Berlitz

Klinikversorgung · Zytostatika-Zubereitungen

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Stammdaten Herrn / Frau

Name

Vorname

Straße

PLZ/Ort

Telefon-Nr.

Geburtsdatum

Krankenkasse

von der Zuzahlung befreit:

Versicherungs-Nr.

Nein

Ja, bis _____

Ich bin mit der Speicherung, Verarbeitung und Auswertung meiner Daten für die Pharmazeutische Betreuung einverstanden. Ohne mein Einverständnis werden meine Daten nicht an Dritte weitergegeben.

Diese Einwilligung bezieht sich auch auf die Erhebung und Verarbeitung von gesundheitsbezogenen Daten.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift

Wird von der Apotheke ausgefüllt

Namenszeichen Apotheke

Kundennummer

Apotheke Reinhardshausen · Dr. Johannes Berlitz e.K.



Hauptstraße 1 · 34537 Bad Wildungen · Tel: 05621 3381 · Fax: 05621 961315

Deutsche Apotheker- und Ärztekammer Düsseldorf

IBAN: DE42 3006 0601 0202 9522 11, BIC: DAAEDEDXXX

HRA 2288 Amtsgericht Fritzlar

www.apotheke-reinhardshausen.de · info@apotheke-reinhardshausen.de