

Bitte senden an Ihre ausgewählte Partnerapotheke im

Rezeptbegleitschein

Bitte füllen Sie für jedes versicherte Familienmitglied einen Rezeptbegleitschein aus. Unvollständig oder undeutlich ausgefüllte Bestellungen können wir leider nicht bearbeiten. Falls Sie Probleme beim Ausfüllen des Formulars haben, rufen Sie bitte unsere **gebührenfreie Servicenummer 08000 - 27 66 38** an. Zur Beantwortung Ihrer Fragen stehen Ihnen wochentags zwischen 8.00 – 16.00 Uhr qualifizierte Mitarbeiter/innen gerne zur Verfügung.

Ich lege dieser Bestellung _____ [bitte Anzahl eintragen] Originalrezepte bei.

Persönliche Daten

Name, Vorname* _____
Geburtsdatum*

Straße, Hausnummer* _____
PLZ/ Ort *

Telefon* _____
E-Mail

Ich möchte die Bestellung an folgende abweichende Lieferadresse zugestellt bekommen:

Name, Firma etc.* _____
Telefon *

Straße, Hausnummer * _____
PLZ/ Ort *

Meine Bestellung soll geliefert werden: mittags [12.30 - 14.00 Uhr] abends [18.30 - 20.00 Uhr]

Sollten Sie bei der Anlieferung nicht angetroffen werden, erfolgt eine kostenlose Zweitbelieferung.

Name der Krankenkasse: _____ gesetzlich privat

Eine Zuzahlungsbefreiung liegt vor nein ja ,bis _____

Bitte legen Sie die Zuzahlungsbefreiung bei der 1.Belieferung dem **gesundheitsnetz**bremen****-Kurier vor.

Ich möchte zu den bestellten Medikamenten einen Beratungstext erhalten. ja nein

Ihre Daten des Rezeptbegleitscheines und des Gesundheitsfragebogens werden apothekenintern zur Bearbeitung dieser und aller weiteren Bestellungen gespeichert. Bei jeder weiteren Rezepteinreichung brauchen Sie nur noch Ihre persönlichen Daten und ggf. Änderungen einzutragen.

Ich bin mit der Speicherung meiner Daten einverstanden. ja nein

Ort, Datum* _____
Unterschrift*

