

Mein MediCard-Antrag

JA, bitte reservieren Sie mir meine persönliche MediCard der **EBSTORFER APOTHEKE** und **WRIEDELER APOTHEKE**.

Die damit verbundenen Dienstleistungen kann ich als Karteninhaber stets nutzen.



Für eine optimale Betreuung seitens des Gesundheitszentrums **benötigen wir von Ihnen die folgenden Informationen!** Auf Wunsch gehen wir gerne gemeinsam mit Ihnen die Angaben durch und klären offene Fragen.

Persönliche Angaben

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name	Vorname	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße	PLZ & Wohnort	Telefon / Fax
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wünschen Sie Benachrichtigungen/Infos per Newsletter? (e-mail Adresse angeben!)	<input type="text"/>
		e-mail

Krankenversicherung / Hausarzt / Pflegedienst

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> privatvers.	<input type="text"/>
Krankenkasse	Kassennummer (7-stellig!)	Sind Sie befreit von Rezeptgebühren?	wenn JA, gültig bis (Datum)?
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wünschen Sie eine Sammeljahresquittung für Finanzamt / Krankenkasse?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Name des Hausarztes	Name des Pflegedienstes (sofern vorhanden)	

Die übrigen Rubriken sind auf Ihren Wunsch hin (d.h. wahlweise) auszufüllen, sofern Sie die jeweiligen Serviceangebote wahrnehmen möchten!

Arzneimittelsicherheit / Allergiecheck

Sind bei Ihnen Stoffe/Chemikalien- oder Arzneimittelunverträglichkeiten bekannt? Besitzen Sie Allergien? Bitte notieren Sie diese hier, oder legen Sie uns Ihren Allergiepaß (falls vorhanden) vor:

Dosisbetreuung & Verblisterung

<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wenn JA, übernehmen wir für Sie die genaue Dosierung Ihrer Medikamente nach der Therapievorgabe Ihres Arztes. Sie erhalten fachgerecht und fertig zusammengestellt jede Woche einen Wochenblistert mit all Ihren Medikamenten. Therapieänderungen werden fortlaufend eingearbeitet. Dieses Modul der Betreuung bieten wir zu einem günstigen Preis an (z.Zt. für 4,50 Eur/Wochenblistert - Preisänderungen vorbehalten!). Vorteile: - Genaue und korrekte Einnahme garantiert; inkl. Reichweitenkontrolle - Dosierungs- und pharmazeutische Patientendokumentation
---	--

Monatliche Abrechnung

<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Sollen Ihre Einkäufe am Monatsende von einem Konto Ihrer Wahl abgebucht werden? Dies ermöglicht Ihnen den bargeldlosen Einkauf in unserem Hause. Wenn JA, bitte zusätzliche Lastschriftvereinbarung ausfüllen (bei uns erhältlich!) und evtl. weitere bevollmächtigte Personen eintragen (max. 3), die mit Ihrer MediCard kostenlos auf Rechnung einkaufen dürfen.	1. <input type="text"/> 2. <input type="text"/> 3. <input type="text"/>
---	---	---



Informationsdienst / Seminare

Geben Sie an dieser Stelle Gesundheitsthemen an, über die Sie gerne informiert werden möchten. Bei entsprechenden Seminaren/Vorträgen erhalten Sie eine persönliche Einladung.

MediCard-No.: _____

Infopharm
Apple

Ja
Ja

Dieser Bereich wird von Ihrem Gesundheitsberater der EBSTORFER APOTHEKE ausgefüllt!

	Ja	Nein		Ja	Nein
1. Herz-Kreislauf / Bluthochdruck / Cholesterin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. Pflanzenheilkunde / Homöopathie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Blutzucker (Diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. Venenleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Reiseimpfungen / -apotheke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. Fasten / Diäten (Kuren)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Familie / Kind / Ernährung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. Kosmetik / Körperpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Altenpflege / Inkontinenz / Hilfsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. Allergien / Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Rheuma / Gicht / Arthrose (Schmerz)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. Kopfschmerz / Migräne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. (Leistungs-) Sport / Nahrungsergänzung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Eigene Themenwahl:		
8. Magen & Darm / Leber & Galle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16. _____		
9. Psychopharmaka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17. _____		

Impfbenachrichtigungsservice

Um Ihnen den in der Broschüre beschriebenen Service bieten zu können, benötigen wir Informationen über Ihre bisherigen Impfungen (siehe unten). Schauen Sie in Ihrem Impfpaß nach oder bringen ihn mit diesem Antrag in unsere Apotheke. Unsere Gesundheitsberater werden dann alles Nötige übertragen.

Art der Impfung	Komplette Grundimpfung vorhanden?			Wenn JA, wann fand die letzte Auffrischimpfung statt? (Datum)
	Ja	Nein	Impfschutz nicht erwünscht!	
1. Kinderlähmung (Polio)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____
2. Tetanus (Wundstarrkrampf)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____
3. Diphtherie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____
4. Hepatitis A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
5. Hepatitis B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
6. „Zeckenimpfung“ (FSME)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
7. Grippe (Influenza)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
8. Typhus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Wichtig: Dieser Service kann auf Wunsch auch auf Impfungen erweitert werden, die für Fernreisen oder längere Aufenthalte in Epidemiegebieten erforderlich sind!



Ich als MediCard-Inhaber bin damit einverstanden, daß die EBSTORFER APOTHEKE und WRIEDELER APOTHEKE meine personenbezogenen und Arzneimittel-Daten für eine persönliche Arzneimittelprüfung und -information speichern. Sie dienen ausschließlich der Arzneimittelsicherheit/-information - ganz im Sinne von „Pharmaceutical Care“ - und den damit verbundenen Vorteilen und Dienstleistungen.

Zum Thema: Datensicherheit

Meine persönlichen Daten werden genauso behandelt, wie ich es von Ihnen gewohnt bin - absolut vertraulich! Sie werden nicht an dritte Personen weitergegeben und sind auf meinen Wunsch hin unverzüglich zu löschen. Werden diese Daten gelöscht, so ist danach keine Betreuung mehr möglich! Ein Verlust meiner Karte ist nicht weiter tragisch. Die gemachten Angaben werden ausschließlich in Ihrem Hause verwahrt und befinden sich nicht auf der MediCard. Dennoch melde ich einen Verlust schnellstmöglich, damit mir eine neue Karte ausgestellt werden kann.



Datum



Unterschrift

Legen Sie bitte Ihre MediCard **stets vor dem Einkauf** in unserer Apotheke vor. Nur so können Sie alle damit verbundenen Vorteile und Dienstleistungen voll nutzen!
Teilen Sie uns bitte außerdem mit, wenn sich Ihre Angaben ändern sollten (Anschrift, Krankenkassenwechsel, Rezeptbefreiungen, Impfauffrischungen etc.).