

## Antrag für meine Gesundheitskarte

**Bitte drucken Sie diese Seite über Ihren Browser aus.**

Faxen Sie die Seite ausgefüllt und unterschrieben an **FAX 02205/1512** oder senden Sie sie uns per Post oder bringen Sie sie einfach bei Ihrem nächsten Besuch mit.

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_

Befreiungsausweis ja  nein

Gültig-bis \_\_\_\_\_

Hausarzt \_\_\_\_\_

Sammelquittung ja  nein

Mit meiner Unterschrift unter dem Antrag erkläre ich mein Einverständnis, dass meine persönlichen Adress- und Arzneimitteldaten zu dem angegebenen Zweck gespeichert und verwendet werden. Ich habe jederzeit das Recht, über meine gespeicherten Daten Auskunft zu erhalten und dieselben auf meine Aufforderung hin löschen zu lassen.

Datum/Unterschrift \_\_\_\_\_

Wir verpflichten uns, alle persönlichen Daten vertraulich zu verwenden. Eine Weitergabe an Dritte ist ausgeschlossen.

Gez.: 

U.Wermerskirchen e.K. Apothekerin für Offizinpharmazie