

GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

Die Rosen Apotheke ist stets bemüht, Sie als Kunden optimal zu beraten und Ihnen einen guten Service zu bieten. Damit wir bei Ihrer Versorgung die Arzneimittelsicherheit erhöhen und Lieferungen auf Medikamentenunverträglichkeiten überprüfen können, möchten wir Sie bitten, uns einige wenige Fragen zu Ihrer Gesundheit zu beantworten. Die Beantwortung dieser Fragen ist freiwillig. Die Daten, die Sie uns überlassen, verwenden und speichern wir ausschließlich zum Zweck der pharmazeutischen Beratung. Wir behandeln Ihre Daten stets streng vertraulich; eine Weitergabe an Dritte ist ausgeschlossen.

PERSÖNLICHE DATEN

Titel, Vorname, Name

Geburtstag

Körpergröße (cm)

Gewicht (kg)

FRAGEN ZU IHRER GESUNDHEIT

■ Leiden Sie unter einer der folgenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen?

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="radio"/> Leber- / Gallenleiden | <input type="radio"/> Bluthochdruck / Blutgefäßleiden | <input type="radio"/> Nierenleiden / Dialysepatient |
| <input type="radio"/> Asthma / Atemwegsbeschwerden | <input type="radio"/> Herzleiden / Herzkreislaufbeschwerden | <input type="radio"/> Schlafstörungen |
| <input type="radio"/> Diabetes | <input type="radio"/> Muskelerkrankungen | <input type="radio"/> Magen-/Darmleiden |
| <input type="radio"/> Schilddrüsenerkrankungen | <input type="radio"/> Rheuma | <input type="radio"/> hoher Augenruck |
| <input type="radio"/> andere: _____ | | |
| <input type="radio"/> andere Erkrankungen: _____ | | |

■ Welche Medikamente nehmen Sie zusätzlich zu den Präparaten auf Ihrem Rezept?

■ Bestehen Unverträglichkeiten oder Allergien mit folgenden Stoffen?

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Aspirin (Acetylsalicylsäure, ASS) | <input type="radio"/> Penicillin |
| <input type="radio"/> Sulfonamide | <input type="radio"/> andere (bitte angeben) |
- -----

■ Schwangerschaft / Kinder

- | | | |
|-------------------------------|----------------------------|--|
| Besteht eine Schwangerschaft? | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja, erwartetes Geburtsdatum: _____ |
| Stillen Sie derzeit? | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja |

Ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten in der Rosen Apotheke zur Durchführung meiner Bestellung sowie zu Werbezwecken der Rosen Apotheke per Post gespeichert und verarbeitet werden. Eine Nutzung für Werbung per E-Mail, Telefon, SMS erfolgt nur, wenn ich darin nachstehend eingewilligt habe. Eine Weitergabe meiner Daten an Dritte erfolgt grundsätzlich nicht. Ausgenommen davon ist lediglich die Weitergabe derjenigen Daten an von der Rosen Apotheke im Rahmen der Bestellabwicklung eingesetzte Logistikanbieter, die diese zur Erbringung der Dienstleistung zwingend benötigen. Ich kann jederzeit kostenlos Einsicht oder schriftliche Auskünfte über meine Daten erhalten und selbst entscheiden, welche Daten ggf. gelöscht werden. Auskunfts- oder Lösungsbegehren kann ich - auch per E-Mail oder Telefon - an die oben genannte Adresse richten.

- Ja, ich bin mit dem Erhalt werblicher Informationen der Rosen Apotheke per Mail/Telefon/SMS einverstanden
(nicht Gewolltes ggf. bitte streichen)

Für Bestellungen gelten unsere Allgemeinen Geschäftsbedingungen. Die aktuelle Fassung ist jeweils auf der Webseite www.rosenapotheke.com abrufbar. Die Allgemeinen Geschäftsbedingungen sind auch auf den jeweiligen Bestellformularen auf der Rückseite aufgedruckt.

Ort, Datum

Unterschrift

Wir bedanken uns bei Ihnen für die Beantwortung der Fragen. Bitte senden Sie den Fragebogen zusammen mit Ihrer nächsten Bestellung an uns zurück.