



Ja, ich bin zuzahlungsbefreit.
(bitte Nachweis in Kopie beilegen)

Meine Anschrift hat sich geändert.

Geschlecht:

- Weiblich
- Männlich

Schnelle-Pillen.de
c/o Faust Apotheke
Grabenstr. 83
52249 Eschweiler

Anrede

Vorname, Name

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Telefon

Fax

E-Mail

Krankenkasse

Versichertennummer

Allgemeine Daten:

Körpergröße: _____ m

Körpergewicht: _____ kg

Geburtsdatum: _____

Existieren Unverträglichkeiten oder Allergien?

- Nein
- Ja

Wenn ja, welche?

Sind Sie schwanger?

- Nein
- Ja

Wenn ja, wann ist der erwartete
Geburtsstermin? _____

Leiden Sie unter gesundheitlichen Einschränkungen?

- Nein
- Ja

Wenn ja, unter welchen?

Nehmen Sie derzeit Medikamente?

- Nein
- Ja

Wenn ja, welche?

