

Einverständniserklärung von Patient*innen

Für den Versand von Medikamenten benötigen wir von Ihnen das vollständig ausgefüllte Formular.
Ihre Daten werden streng vertraulich und dem Datenschutzgesetz unterliegend behandelt.

Senden Sie uns bitte das ausgefüllte und unterschriebene Formular zusammen mit dem Formular *Gesundheitsangaben* und Ihrem **Original-Rezept** (auch für nicht rezeptpflichtige Arzneimittel notwendig) per Post zu. Falls wir das Rezept direkt von Ihrem Arzt/Ihrer Ärztin erhalten, reicht uns auch das eingescannte Formular. Alle Felder sind obligatorisch auszufüllen.

Persönliche Angaben	weiblich	männlich	divers
Name	Vorname		
Strasse, Nr.	PLZ, Ort		
Geburtsdatum	E-Mail		
Tel. Nummer			
Gesetzliche Vertreter (Eltern/gesetzliche Vertretung)			
Lieferangaben (falls nicht gleich wie Wohnadresse)	einmalig	immer	
Name	Vorname		
Strasse, Nr.	PLZ, Ort		
Krankenkassenangaben			
Grundversicherung	Kartennummer 807...		
Zusatzversicherung	Kartennummer 807...		
Angaben zum Arzt/zur Ärztin			
Hausarzt/Hausärztin:			
Betreuende*r Arzt/Ärztin:			
Darf die Bollwerk Apotheke AG, falls notwendig, bei Fragen oder Unklarheiten weitere Informationen beim verschreibenden Arzt/Ärztin einholen?			
ja	nein	nur nach Rücksprache mit mir	
Ich bin damit einverstanden, dass mein Arzt/Ärztin die ärztliche Verschreibung direkt an die Bollwerk Apotheke AG übermittelt			
ja	nur nach Rücksprache mit mir		
Ich bin damit einverstanden, dass mir anstelle des Originals ein günstigeres Generikum geliefert wird			
ja	nein	nur nach Rücksprache mit mir	
Wenn nicht: Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die 40% Selbstbehalt auf dem Originalpräparat übernehme.			
Datum		Unterschrift	

Bitte informieren Sie uns, wenn sich bei den von Ihnen oben erwähnten Angaben etwas ändern sollte.

Bitte schicken Sie dieses Formular per Post oder eingescannt per Mail an:

Bollwerk Apotheke AG
Bollwerk 15
3011 Bern

Tel: 031 311 17 31
Fax: 031 311 60 52
info@bollwerkapotheke.ch