

Kundennummer: _____

Meine Bestellung

Bonusprogramm:

Frau Herr _____
Geb. Datum _____

Name, Vorname

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Telefon (wichtig für Rückfragen) E-Mail _____

Separate Lieferadresse:

Firma

Name, Vorname

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Rezepte

Ich lege dem Bestellformular _____ Rezept(e) bei.
Anzahl

Ich bin zuzahlungsbefreit. Eine Kopie des aktuellen Befreiungsnachweises liegt bei liegt Ihnen bereits vor.

Bestellung rezeptfreier Arzneimittel

PZN	Bezeichnung/Stärke	Packungsgröße	Preis/€	Anzahl

Zahlungsart

Rechnung (Zahlungsziel 10 Tage)

Kreditkarte Visa Mastercard AMEX

Karten-Nr.

gültig bis:

Bankeinzug

Konto-Inhaber

Konto-Nr.

BLZ, Bankinstitut

Widerrufsbelehrung: Widerrufsrecht: Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von zwei Wochen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) oder – wenn Ihnen die Sache vor Fristablauf überlassen wird – durch Rücksendung der Sache widerrufen. Die Frist beginnt nach Erhalt dieser Belehrung in Textform, jedoch nicht vor Eingang der Ware beim Empfänger und auch nicht vor Erfüllung unserer Informationspflichten gemäß § 312c Abs. 2 BGB in Verbindung mit § 1 Abs. 1, 2 und 4 BGB-InfoV sowie unserer Pflichten gemäß § 312e Abs. 1 Satz 1 BGB in Verbindung mit § 3 BGB-InfoV. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs oder der Sache. Der Widerruf ist zu richten an: myCARE OHG Wittenberg, Friedrichstr. 125 b, 06886 Lutherstadt Wittenberg, Fax: 03491-877014, E-Mail: service@mycare.de, Postanschrift: Postfach 100158, 06140 Halle (Saale).

Widerrufsfolgen: Im Falle eines wirksamen Widerrufs sind die beiderseits empfangenen Leistungen zurückzugewähren und ggf. gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben. Können Sie uns die empfangene Leistung ganz oder teilweise nicht oder nur in verschlechtertem Zustand zurückgewähren, müssen Sie uns insoweit ggf. Wertersatz leisten. Bei der Überlassung von Sachen gilt dies nicht, wenn die Verschlechterung der Sache ausschließlich auf deren Prüfung – wie sie Ihnen etwa im Ladengeschäft möglich gewesen wäre – zurückzuführen ist. Im Übrigen können Sie die Pflicht zum Wertersatz für eine durch die bestimmungsgemäße Ingebrauchnahme der Sache entstandene Verschlechterung vermeiden, indem Sie die Sache nicht wie Ihr Eigentum in Gebrauch nehmen und alles unterlassen, was deren Wert beeinträchtigt. Paketversandfähige Sachen sind auf unsere Gefahr zurückzusenden. Sie haben die Kosten der Rücksendung zu tragen, wenn die gelieferte Ware der bestellten entspricht und wenn der Preis der zurückzusendenden Sache einen Betrag von 40 Euro nicht übersteigt oder wenn Sie bei einem höheren Preis der Sache zum Zeitpunkt des Widerrufs noch nicht die Gegenleistung oder eine vertraglich vereinbarte Teilzahlung erbracht haben. Anderenfalls ist die Rücksendung für Sie kostenfrei. Nicht paketversandfähige Sachen werden bei Ihnen abgeholt. Verpflichtungen zur Erstattung von Zahlungen müssen innerhalb von 30 Tagen erfüllt werden. Die Frist beginnt für Sie mit der Absendung Ihrer Widerrufserklärung oder der Sache, für uns mit deren Empfang. **Ende der Widerrufsbelehrung**

Hinweis gemäß § 33 BDSG: Die im Rahmen der Geschäftsabwicklung notwendigen Daten werden verarbeitet und gespeichert. Sämtliche vom Kunden erhobenen persönlichen Daten werden vertraulich behandelt. Ausschließlich im Rahmen der Bestellabwicklung (Zahlung, Versand) werden die notwendigen Daten auch gegenüber Dritten verwendet. Löscharkeit: Auf Wunsch werden die Daten, welche nicht für die Abwicklung der Bestellung notwendig sind, gelöscht, berichtigt oder gesperrt. **Unsere AGB sind Vertragsbestandteil und jederzeit unter www.mycare.de abrufbar.**

Anbieterinformation: Hauptniederlassung: myCARE OHG Wittenberg, Str. der Befreiung 52, 06886 Lutherstadt Wittenberg, Amtsgericht Stendal HRA 10287.

Ort, Datum _____

Telefon: 01805-877120* E-Mail: service@mycare.de
 Telefax: 01805-877121* Internet: www.mycare.de
*0,14 €/Min. aus dem Festnetz der Dt. Telekom. Evtl. abweichende Preise aus den Mobilfunknetzen.

Unterschrift

Rezeptbestellung nur schriftlich unter:
 mycare Versandapotheke
 Postfach 100158 • 06140 Halle (Saale)

Liebe Kundin, lieber Kunde,
der **Gesundheitsfragebogen** dient Ihrer Sicherheit bei der Einnahme der Arzneimittel. Diese Informationen sind freiwillig und werden nicht an Dritte weitergegeben. Die Daten werden nur zum Zweck der pharmazeutischen Betreuung genutzt, gespeichert und auf Wunsch gelöscht, berichtigt oder gesperrt.

Erkrankungen

Folgende Erkrankungen sind bei mir diagnostiziert worden:

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Angina pectoris | <input type="checkbox"/> Diabetes Typ II | <input type="checkbox"/> Heuschnupfen | <input type="checkbox"/> Parkinson |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Lactoseintoleranz | <input type="checkbox"/> Prostatahyperplasie |
| <input type="checkbox"/> Bronchitis | <input type="checkbox"/> Gallensteinleiden | <input type="checkbox"/> Leberfunktionsstörung | <input type="checkbox"/> Rheuma
<small>(rheumatischer Formenkreis)</small> |
| <input type="checkbox"/> hoher Blutdruck
<small>(Hypertonie)</small> | <input type="checkbox"/> Gastritis | <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenüberfunktion
<small>(Hyperthyreose)</small> |
| <input type="checkbox"/> niedriger Blutdruck
<small>(Hypotonie)</small> | <input type="checkbox"/> Gicht | <input type="checkbox"/> Niereninsuffizienz | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenunterfunktion
<small>(Hypothyreose)</small> |
| <input type="checkbox"/> Darmentzündungen | <input type="checkbox"/> Glaukom | <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Ulcus |
| <input type="checkbox"/> Diabetes Typ I | <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz | <input type="checkbox"/> andere: _____ | |

Arzneimittleinnahme

Folgende Arzneimittel nehme ich zusätzlich zu den bestellten ein:

PZN	Bezeichnung/Stärke	Einnahme: Dosierung (Anzahl)					
		regelmäßig	gelegentlich	früh	mittags	abends	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Arzneimittelunverträglichkeit

Bitte nennen Sie uns die Arzneimittel/Stoffe, auf die Sie reagieren.

- | | | | |
|--|--|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ACE-Hemmer | <input type="checkbox"/> Captopril | <input type="checkbox"/> D-Penicillamin | <input type="checkbox"/> Penicillin |
| <input type="checkbox"/> Allopurinol | <input type="checkbox"/> Carbamazepin | <input type="checkbox"/> Goldsalze | <input type="checkbox"/> Phenytoin |
| <input type="checkbox"/> Amoxicillin | <input type="checkbox"/> Chlorpromazin | <input type="checkbox"/> Humaninsulin | <input type="checkbox"/> Piroxicam |
| <input type="checkbox"/> Ampicillin | <input type="checkbox"/> Co-Trimoxazol | <input type="checkbox"/> Miconazol | <input type="checkbox"/> Streptomycin |
| <input type="checkbox"/> Aspirin (ASS) | <input type="checkbox"/> Daunorubicin | <input type="checkbox"/> Naproxen | <input type="checkbox"/> Thiamazol |
| <input type="checkbox"/> Bleomycin | <input type="checkbox"/> Diclofenac | <input type="checkbox"/> andere: _____ | |

Sonstiges

Allergiepass (Kopie liegt bei)

Größe _____ cm

Gewicht _____ kg

Schwangerschaft/Stillzeit:

Sind Sie schwanger? ja nein

Stillen Sie? ja nein

Unser pharmazeutisches Fachpersonal berät Sie gern unter Telefon: 0800-8770120 (gebührenfrei)
Mo. - Fr. 8-20 Uhr, Sa. 8-13 Uhr.