

## Meine Bestellung

Frau  Herr

Geb. Datum

Name, Vorname

Kundennummer

Bonusprogramm

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Telefon (Pflichtangabe für Rückfragen)

E-Mail

Ihre Telefon-Nr. ist die Voraussetzung für Arzneimittellieferungen. So können wir Sie durch unser pharmazeutisches Personal telefonisch beraten. Hierfür fallen keine zusätzlichen Gebühren an.

**Separate Lieferadresse**

Firma

Name, Vorname

Straße, Nr.

PLZ, Ort

## Rezepte

Ich lege dem Bestellformular \_\_\_\_\_ Rezept(e) bei.  
Anzahl

- Ich habe Informations- und Beratungsbedarf und möchte beraten werden unter: \_\_\_\_\_ Telefon-Nr.
- Ich bin zuzahlungsbefreit. Eine Kopie des aktuellen Befreiungsnachweises  liegt bei  liegt Ihnen bereits vor.

## Bestellung rezeptfreier Arzneimittel

PZN	Bezeichnung/Stärke	Packungsgröße	Preis/€	Anzahl

Gutschein-Code:

Gutscheinwert: - \_\_\_\_\_ €

## Zahlungsart

**Rechnung**  
(Zahlungsziel 10 Tage)

**SEPA-Lastschriftmandat**

Kontoinhaber

IBAN

Ich ermächtige die myCARE e.K., Inhaber Christian Buse, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der myCARE e.K. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Der Lastschrifteinzug erfolgt 6 Tage nach Erstellung der Rechnung.  
Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Mir ist bekannt, dass ich durch unberechtigte Rückbuchungen automatisch in Zahlungsverzug gerate. Gläubiger-ID: DE08ZZZ00000610828 / Mandatsreferenz: Wird Ihnen gesondert mitgeteilt (auf der Rechnung).



Ich möchte die kostenfreie mycareplus Mitgliedschaft\* mit

- Gratis-Versand,
- Bonus-Herzen und
- tollen Spar-Vorteilen.

Um Mitglied bei mycareplus zu werden, geben Sie bitte oben Ihre E-Mail-Adresse an.

Bonus-Herzen  einlösen:

Anzahl: \_\_\_\_\_

Alle.

Bitte beachten Sie die beiliegenden AGB, die Datenschutzerklärung, die Widerrufsbelehrung und das Widerrufsformular.

Ort, Datum

### Bestellung & Beratung:

Telefon: 0800-8770120\*\*

E-Mail: service@mycare.de

Telefax: 0800-8770121\*\*

www.mycare.de

Unterschrift

### Rezeptbestellung nur schriftlich unter:

mycare.de Versandapotheke

Postfach 100158 • 06140 Halle (Saale)

\* Näheres zur mycareplus Mitgliedschaft inklusive Teilnahmebedingungen unter www.mycare.de/plus

\*\* Gebührenfrei in Deutschland • aus dem Ausland: Telefon: +49 (0)3491-877012 • Telefax: +49 (0)3491-877014 • Mo-Fr: 8-20 Uhr / Sa: 8-13 Uhr

## Arzneimittel-Check

(Diese persönlichen Gesundheitsdaten sind freiwillig und werden absolut vertraulich behandelt.)



### Liebe Kundin, lieber Kunde,

für eine optimale Wirkung und Verträglichkeit Ihrer Medikamente möchten wir Sie umfassend zu Ihren Arzneimitteln beraten. Unser pharmazeutisches Team wird Ihnen wichtige Hinweise zur Arzneimittelaufnahme zusammenstellen.

Bitte geben Sie Ihre persönlichen Daten auf der Rückseite sowie nachfolgend Ihre Gesundheitsdaten an und versenden Sie beides an umseitig genannte Kontaktdaten. Die Daten werden nur zum Zweck der pharmazeutischen Betreuung genutzt, gespeichert und auf Wunsch gelöscht, berichtigt oder gesperrt. Wir informieren Sie auf Wunsch über die Ergebnisse.

Ja, ich möchte über meine Ergebnisse informiert werden. Per Telefon:   
Bitte ankreuzen und auf der Vorderseite die Kontaktdaten eintragen.

### Arzneimittelaufnahme Folgende Arzneimittel nehme ich ein:

PZN*	Arzneimittel/Stärke	Einnahme: Dosierung (Anzahl)				ggf. Beschwerden	Hinweise/Bemerkungen
		früh	mittags	abends	nachts		
		<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"/>	<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"/>	<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"/>		

\* Die PZN (PharmaZentralNummer) finden Sie auf der Arzneimittelpackung, in der Nähe des Strichcodes.

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

ASS (Aspirin etc.)  andere: \_\_\_\_\_

### Erkrankungen Folgende Erkrankungen sind bei mir diagnostiziert worden:

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

### Persönliche Daten Zur Auswertung Ihres Arzneimittel-Checks.

Alter: \_\_\_\_\_ Jahre  
 Allergiepäss (Kopie liegt bei)      Schwanger/Stillzeit:  Ich bin schwanger       Ich stille

Bitte beachten Sie die beiliegenden AGB, die Datenschutzerklärung, die Widerrufsbelehrung und das Widerrufsformular.

Ort, Datum

Unterschrift