

Anmeldeformular für den Blister-Service

1. Persönliche Daten

Vorname *

Nachname *

Geburtsdatum *

Telefon *

E-Mail

Straße und Hausnummer *

PLZ *

Ort *

Land

2. Krankenkasse

Name der Krankenkasse *

Versichertennummer *

Pflegegrad (falls vorhanden):

☐ Keiner

☐ 1

☐ 2

☐ 3

☐ 4

☐ 5

3. Behandelnder Arzt / Hausarzt

Name des Arztes

Praxis / Klinik

Telefon der Praxis

Fax (falls vorhanden)

4. Lieferintervall

Bitte wählen Sie Ihr gewünschtes Lieferintervall:

* ☐ 7 Tage (wöchentlich)

☐ 14 Tage (alle zwei Wochen)

☐ 28 Tage (monatlich)

Seite 1 von 2

Abweichende Lieferadresse (falls anders als oben):

5. Aktuelle Medikation

Bitte tragen Sie hier Ihre aktuellen Medikamente ein (oder legen Sie eine Kopie Ihres Medikamentenplans bei):

Medikament	Dosierung	Mo	Mi	Ab	Na	Hinweise

Mo = Morgens, Mi = Mittags, Ab = Abends, Na = Nachts. Bitte Anzahl der Tabletten/Einheiten eintragen.

6. Einwilligung und Datenschutz

- ☐ Ich willige ein, dass meine Daten zum Zweck der Medikamentenversorgung verarbeitet werden. *
- ☐ Ich willige ein, dass BlisterPerPost meine Rezepte bei meinem Arzt anfordern darf.
- ☐ Ich willige ein, dass BlisterPerPost mich per E-Mail/Telefon kontaktieren darf.
- ☐ Ich habe die Datenschutzerklärung gelesen und akzeptiere sie. *
- ☐ Ich habe die AGB gelesen und akzeptiere sie. *

7. Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten / Bevollmächtigten

So senden Sie das Formular:

1. Formular ausfüllen und unterschreiben
2. Ggf. Rezept und Medikamentenplan beilegen
3. Per Post senden an: Kranich-Apotheke, Siemensstraße 4, 64289 Darmstadt

* Pflichtfelder
Oder per E-Mail an: service@blisterperpost.de