



SIEBENGEbirGSAPOTHEKE

Dr. rer. nat. Axel Gossen e.K. · Apotheker für Offizin-Pharmazie · Tel.: 0 22 44 - 91 28 88
Dollendorfer Str. 7 · 53639 Königswinter · Fax: 0 22 44 - 91 28 89

Patientenstammblatt

Nachname	Vorname
----------	---------

Geburtsdatum	Geburtsort
--------------	------------

Hausarzt

Wohnbereich	Zimmer-Nummer
-------------	---------------

Krankenkasse <i>(siehe Versichertenkarte)</i>
--

Krankenkassen-Nummer <i>(siehe Versichertenkarte)</i>
--

Privat versichert <i>(Zutreffendes bitte ankreuzen)</i>	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN
--	---

Basistarif versichert <i>(Zutreffendes bitte ankreuzen)</i>	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN
--	---

Befreit <i>(Zutreffendes bitte ankreuzen)</i>	<input type="radio"/> JA Befreiung gültig bis: _____ <input type="radio"/> NEIN
--	---

Gesetzlicher Betreuer <i>(oder Bevollmächtigter, oder Ansprechpartner)</i>	Name: _____ Adresse: _____ Telefon: _____
---	---

EINWILLIGUNG ZUR DATENSPEICHERUNG *(Ohne Ihre Unterschrift in diesem Feld ist keine Lieferung möglich)*

Mit der Belieferung meiner benötigten Medikamente durch die Siebengebirgs Apotheke, Dollendorfer Straße 7, 53639 Königswinter sowie der Speicherung meiner persönlichen Daten bin ich einverstanden. Mir wurde bestätigt, dass es den mit der Datenspeicherung beauftragten Personen untersagt ist, meine persönlichen Daten ungefragt zu verarbeiten.

Ort, Datum: _____	Unterschrift: _____
-------------------	---------------------

SEPA-LASTSCHRIFTVERFAHREN *(Einverständniserklärung)*

Hiermit ermächtige ich die Siebengebirgs Apotheke, 53639 Königswinter die von mir zu entrichtende/n Zahlung/en bei Fälligkeit per Lastschrift von meinem unten angegebenen Girokonto einzuziehen. Sofern mein Konto nicht die erforderliche Deckung aufweist, besteht für das kontoführende Kreditinstitut keine Verpflichtung zur Einlösung. Meine Ermächtigung bleibt jederzeit durch mich widerruflich.

Kreditinstitut (Name):	_____
Kreditinstitut (BIC):	_____
IBAN (Kontonummer):	D E _____

Ort, Datum: _____	Unterschrift: _____
-------------------	---------------------