

Nachname des Versicherten

Vorname des Versicherten

Kostenträgerkennung / Name Ihrer Krankenkasse



Bitte nur 1 Medikament pro Zeile.

aut
idem

aut
idem

aut
idem

Bitte beachten Sie: Dieses Rezept können Sie nicht bei Ihrer gesetzlichen Krankenkasse einreichen.

Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen des Reservierungsvorgangs sämtliche in der Eingabemaske eingetragenen sowie die auf dem Rezeptfoto ersichtlichen Daten wie Name, Vorname, Geburtstag, Ort, Straße, Versichertennummer, Krankenkasse, Versichertenstatus, Medikament, Menge, Aut-idem-Angabe, verordnender Arzt, etc. sowie meine Kontaktdaten von der Apotheke gespeichert und zum Zwecke der Medikamentenreservierung verarbeitet werden.
Meine Einwilligung kann ich jederzeit gegenüber der Apotheke widerrufen.

Die [Datenschutzerklärung](#) habe ich zur Kenntnis genommen.