

Entgelt  
zahlt  
Empfänger

**Wichtig!**  
Eilige Rezepte enthalten!



Gesundheit und Wohlbefinden  
mit den Kräften der Natur

Die Versandapotheke für Homöopathie  
und Naturheilkunde

Deutsche Post   
**ANTWORT**

Markt-Apotheke  
Markt 22  
99718 Greußen



### Zeit und Wege sparen

- Freiumsschlag an den Linien wie abgebildet falten
- Originalrezept und Bestellschein hineinlegen
- Umschlag zusammenklappen
- Die offenen Seiten und den oberen Falz mit Klebeband verschließen

... und ab zur Post!

# Meine Bestellung

Versandkostenfrei ab 40 € Bestellwert oder bei Rezeptbestellung

Telefon: 03636-76190  
 FAX: 03636-761919  
 Brief: Rezepte an...  
 Markt-Apotheke  
 Markt 22  
 99718 Greußen  
 Online: www.sanavit.de  
 E-Mail: auftrag@sanavit.de

Unsere Bankverbindung:  
 Konto: 100 233 9784  
 BLZ: 120 300 00 (DKB)

Handelsregister:  
 HRA 400.462 - AG Jena  
 UStID: DE183611137

## Meine persönlichen Daten:

Frau  Herr  Firma

Kunden-Nummer (falls vorhanden)

Name / Firmenbezeichnung

Vorname

Straße

Hausnummer

PLZ

Ort

E-Mail-Adresse

Telefon tagsüber

## Mein Zahlungswunsch:

**per Einzugsermächtigung**  
 bitte nebenstehende Felder ausfüllen

Kontoinhaber:

Einzugsermächtigung bereits erteilt

Bankname:

**per Nachnahme**  
 zzgl. 4 € Nachnahmegebühr

Konto-Nummer:

**per Vorkasse**  
 Zahlungsbetrag wird mitgeteilt

Bankleitzahl:

Datum / Unterschrift:

Die Einzugsermächtigung gilt bis auf Widerruf.

## Meine Rezeptbestellung:

Der Bestellung lege ich folgende Anzahl Rezepte bei:  
 (Verordnete Medikamente nicht separat in Bestellformular eintragen.)

Kassenrezepte (rotes Formular)

Ich bin von der Zuzahlung befreit  
 Kopie liegt bei /  liegt bereits vor

Privatrezepte

## Meine Bestellung rezeptfreier Artikel:

Anzahl	Artikelnummer (PZN)	Artikelbezeichnung	Form (z.B. Tabletten)	Packg.-Größe (z.B. 100 St.)

Hinweis / Wunsch:

Alle Daten werden von uns streng vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben. Auf Wunsch werden Ihre Daten gelöscht.

Datum

Unterschrift

Den ausgefüllten Bestellschein bei einer Rezeptbestellung bitte mit in den Freiumschatz legen.

Wenn gewünscht, Gesundheitsfragebogen ausfüllen und mitschicken.

## Gesundheitsfragebogen

Liebe Kundin, lieber Kunde,

dieser Gesundheitsfragebogen dient der Sicherheit bei der Einnahme Ihrer Arzneimittel. Die Angaben sind freiwillig und werden von uns nicht an Dritte weitergegeben. Die Daten werden ausschließlich für die pharmazeutische Betreuung genutzt, um Sie bei Bedarf besser informieren und beraten zu können. Die Daten werden auf Wunsch berichtigt oder gelöscht.

### Erkrankungen

- |   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Angina pectoris            | <input type="checkbox"/> Epilepsie         | <input type="checkbox"/> Lactoseintoleranz      | <input type="checkbox"/> Rheuma / Arthrose         |
| <input type="checkbox"/> Asthma / chron. Bronchitis | <input type="checkbox"/> Gallensteinleiden | <input type="checkbox"/> Leberfunktionsstörung  | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenüberfunktion  |
| <input type="checkbox"/> hoher Blutdruck            | <input type="checkbox"/> Gastritis         | <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose      | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenunterfunktion |
| <input type="checkbox"/> niedriger Blutdruck        | <input type="checkbox"/> Gicht             | <input type="checkbox"/> Nierenfunktionsstörung | <input type="checkbox"/> Ulcus                     |
| <input type="checkbox"/> Darmentzündung             | <input type="checkbox"/> Glaukom           | <input type="checkbox"/> Osteoporose            | <input type="checkbox"/>                           |
| <input type="checkbox"/> Diabetes Typ I             | <input type="checkbox"/> Herzschwäche      | <input type="checkbox"/> Parkinson              |  |
| <input type="checkbox"/> Diabetes Typ II            | <input type="checkbox"/> Heuschnupfen      | <input type="checkbox"/> Prostatahyperplasie    |  |

### Arzneimittel

Folgende Arzneimittel nehme ich zusätzlich zu den bestellten ein:

PZN	Bezeichnung und Stärke	Einnahme		Dosierung
		regelmäßig	gelegentlich	
		<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"/>	

### Unverträglichkeiten

Bitte geben Sie die Arzneimittel, Stoffe oder Nahrungsmittel an, auf die Sie reagieren.

---



---



---



---

### Sonstiges

- Größe: \_\_\_\_\_ cm  Ich habe einen Allergiepass (Kopie liegt bei)
- Gewicht: \_\_\_\_\_ kg  Ich bin schwanger  Ich stille

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_