



www.sanfoxx.de

per Fax an:  
07622-9538

Hirsch Apotheke Schopfheim  
Apothekerin Dr. Dagmar Fuchs e.K.  
Hebelstr. 9 • 79650 Schopfheim  
Tel.: 0800 - 100 37 58\* • info@sanfoxx.de  
\*(kostenfrei)

## Fax-Bestellformular

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen, Zutreffendes ankreuzen, unterschreiben und absenden.

### Bestelldaten

Frau  Herr

Firma \_\_\_\_\_ Krankenkasse \_\_\_\_\_

Titel \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Versichertennummer \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Telefon (tagsüber) \_\_\_\_\_

Straße und Hausnummer \_\_\_\_\_ Telefon (abends) \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Kunden-Nr. (falls vorhanden) \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

### Abweichende Lieferadresse

Vorname, Name \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Straße und Hausnummer \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

**Rezepte** Ich lege dieser Bestellung  Originalrezept(e) bei.

Aus Sicherheitsgründen erfolgt **kein** Versand von Medikamenten, die der BTM-Verordnung unterliegen.

### Bestellung

PZN*	Name des Produkts o. Medikaments	Packungsgröße**	Anzahl
<input type="text"/>	_____	_____	<input type="text"/>
<input type="text"/>	_____	_____	<input type="text"/>
<input type="text"/>	_____	_____	<input type="text"/>
<input type="text"/>	_____	_____	<input type="text"/>
<input type="text"/>	_____	_____	<input type="text"/>
<input type="text"/>	_____	_____	<input type="text"/>

\* Die 7-stellige PharmaZentralNummer finden Sie auf der Arzneimittelpackung, in der Nähe des Strichcodes \*\* z.B. 10 Tabl.

### Zahlungsart

#### Vorkasse

Unsere Bankverbindung:

Sanfoxx  
Sparkasse Lörrach-Rheinfelden  
BLZ 683 500 48  
Kontonummer 1 062 553

#### Bankeinzug

Konto-Inhaber

Konto-Nr.

BLZ

Bankinstitut

#### Rechnung (Zahlungsziel 10 Tage)

Hiermit ermächtige ich Sie widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos einzuziehen. Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung.

Ort, Datum

Unterschrift

Mit meiner Unterschrift akzeptiere ich die Allgemeinen Geschäftsbedingungen von Sanfoxx.  
(www.sanfoxx.de/agb)



per Fax an:  
0 76 22 - 95 38

Hirsch Apotheke Schopfheim  
Apothekerin Dr. Dagmar Fuchs e.K.  
Hebelstr. 9 • 79650 Schopfheim  
Tel.: 0800 - 100 37 58\* • info@sanfoxx.de  
\*(kostenfrei)

## Gesundheitsfragebogen

Dieser freiwillig auszufüllende Fragebogen dient Ihrer Sicherheit bei der Einnahme der Arzneimittel. Diese Informationen werden nicht an Dritte weitergegeben. Die Daten werden nur zum Zweck der pharmazeutischen Betreuung durch unsere Apothekerinnen und Apotheker mit Ihrem Einverständnis genutzt, gespeichert und auf Wunsch gelöscht.

### Folgende Erkrankungen sind bei mir diagnostiziert worden:

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Asthma            | <input type="checkbox"/> Glaukom                     | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen        |
| <input type="checkbox"/> Darmerkrankungen  | <input type="checkbox"/> Herz-Kreislauf-Erkrankungen | <input type="checkbox"/> Parkinson                 |
| <input type="checkbox"/> Diabetes          | <input type="checkbox"/> Hoher Blutdruck             | <input type="checkbox"/> Prostatahyperplasie       |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie         | <input type="checkbox"/> Niedriger Blutdruck         | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenüberfunktion  |
| <input type="checkbox"/> Gallensteinleiden | <input type="checkbox"/> Lebererkrankungen           | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenunterfunktion |
| <input type="checkbox"/> Gicht             | <input type="checkbox"/> Magenerkrankungen           |  |

Raum für eigene Eintragungen

---

---

### Folgende Arzneimittel nehme ich ein:

Nehmen Sie Schmerzmittel?

ja  nein

Nehmen Sie Blutverdünner?

ja  nein

Nehmen Sie Kontrazeptiva (Antibabypille)?

ja  nein

PZN\*

Bezeichnung/Wirkstärke

Einnahme

regelmäßig gelegentlich

---

 

---

 

---

 

---

 

\* Die 7-stellige PharmaZentralNummer finden Sie auf der Arzneimittelpackung, in der Nähe des Strichcodes

### Auf folgende Stoffe/Arzneimittel reagiere ich überempfindlich/allergisch:

---

---

---

Allergiepass (Kopie liegt bei)

### Schwangerschaft/Stillzeit:

ich bin schwanger  ich stille

### Allgemeine Angaben:

Größe: \_\_\_\_\_ cm    Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Ich habe noch Fragen und bitte um Rückruf

*Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen, Zutreffendes ankreuzen, unterschreiben und absenden.*