

Datenschutzerklärung

Um Ihnen unser umfangreiches Serviceangebot zukommen lassen zu können, benötigen wir von Ihnen persönliche Angaben. Diese speichern wir bis uns die Kosten erstattet wurden.

Mit der Speicherung und Nutzung meiner Daten bin ich einverstanden.

Vorname _____ Nachname _____
 Straße _____ Stadt _____
 Geburtsdatum _____ Tel.Nr: _____
 Krankenkasse _____

 Ort, Datum

 Unterschrift

Selbstauskunft

Hiermit bestätige ich, dass ich keine kostenlosen FFP2 Masken bisher in einer anderen Apotheke erhalten habe. Ich willige ein, dass mir die Kosten in Rechnung gestellt werden, sollte sich herausstellen, dass ich irrtümlicherweise auf meinen Namen schon FFP2 Masken erhalten habe.

Ich bin über 60 Jahre alt

Ich habe folgende Erkrankungen bzw. Risikofaktoren:

Chronisch obstruktive Lungenerkrankung

Asthma bronchiale

Chronische Herz- oder Niereninsuffizienz

Zerebrovaskuläre Erkrankung, insbesondere

Schlaganfall

Diabetes mellitus Typ 2

Aktive, fortschreitende oder metastasierete Krebserkrankungen

Eine Therapie, die die Immunabwehr beeinträchtigen

Organ- oder Stammzellentransplantation

Risikoschwangerschaft

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben

 Ort, Datum

 Unterschrift

Abgelegt Ordner: Krankenkassen - Abrechnung		
Erstellt am: 10.12.2020	Gepprüft am: 10.12.2020	Freigabe am: 10.12.2020
Erstellt von: S. Geißler	Gepprüft von: M. Geißler	Freigabe von: M. Geißler