

## Unser Arzneimittelservice für Sie.

Guten Tag,

die richtige Dosierung Ihres Arzneimittels ist für den Erfolg Ihrer Therapie wichtig. Ebenso die Kontrolle, ob alle Medikamente, die Sie regelmäßig oder bei Bedarf einnehmen, miteinander harmonieren.

**Als Ihre persönliche Fachapotheke möchten wir Ihnen auf diesem Wege einen Service anbieten, der Ihnen mehr Sicherheit im Umgang mit Ihren Arzneimitteln gibt.**

Sicher informiert Ihre behandelnde Ärztin oder Ihr behandelnder Arzt Sie stets umfangreich über die verordneten Medikamente. Aber sind auch alle weiteren Dosierungen und Arzneimittel bekannt, die Sie einnehmen?

Teilen Sie uns daher die Dosierungen aller von Ihnen aktuell eingenommenen Medikamente mit.

**Füllen Sie hierzu einfach den beiliegenden Medikationsplan aus** und schicken diesen mit Ihrer nächsten Bestellung an uns zurück. Unsere Apotheker:innen prüfen Ihre Angaben auf etwaige Wechselwirkungen oder Unverträglichkeiten. Sie erhalten in jedem Fall eine Antwort, die Sie ggf. mit Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt besprechen sollten. **So erhalten Sie die höchst mögliche Arzneimittelsicherheit für Ihre Therapie.**



### **Noch einfacher geht es online:**

Füllen Sie einfach das entsprechende Formular in Ihrem persönlichen Bereich auf unserer Internetseite aus. Gehen Sie dazu auf unsere Startseite, melden Sie sich über ihr Kundenkonto an, füllen Sie Ihren Medikationsplan aus und übertragen Sie Ihre Daten mit einem einfachen Klick.

Sollten Sie uns Ihre Medikationsdaten schon mitgeteilt haben, teilen Sie uns bitte mit, wenn es Veränderungen gibt. Wir garantieren Ihnen, dass Ihre persönlichen Medikationsdaten von uns ausschließlich für eine gewissenhafte pharmazeutische Therapie-Betreuung verwendet werden.\* Zur Erhöhung der Arzneimittelsicherheit empfehlen wir Ihnen, **Ihre Ärztin oder Ihren Arzt zu bitten, bei jeder Verordnung die aktuelle Dosierung anzugeben.**

### **Mehr Sicherheit für Ihre Gesundheit.**

Teilen Sie uns neben Ihren Grunderkrankungen ggf. auch Schwangerschaft, Stillzeit, Kinderwunsch sowie evtl. Arzneimittelallergien mit. Dazu erreichen Sie uns unter der Telefonnummer **0800 - 200 800 300** (kostenlos aus dem deutschen Fest- und Mobilnetz, Montag – Samstag 8 - 20 Uhr) oder über unser [Kontaktformular](#).

Mit freundlichen Grüßen  
Ihr Team von Shop Apotheke

\* Siehe gültige AGB und Datenschutzerklärung der Shop-Apotheke B.V.

**Sitz der Apotheke:**  
Shop-Apotheke B.V., Erik de Rodeweg 11/13, NL-5975 WD Sevenum

**Deutsche Postanschrift:**  
Shop Apotheke, Postfach 410118, D-41241 Mönchengladbach

**Geschäftsführer:**  
Olaf Heinrich, Stephan Weber, Jasper Eenhorst, Theresa Holler, Marc Fischer

**Bankverbindung:**  
Shop-Apotheke Service B.V., Deutsche Bank AG  
IBAN DE36 6647 0035 0078 8075 00, BIC DEUTDE6F664  
K.v.K. 63956004, BTW-Nr.: NL8554.67.903.B01

 [shop-apotheke.com](https://shop-apotheke.com)

# Medikationsplan

Frau     Herr

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

Bitte in **schwarzen** oder **blauen** Großbuchstaben ausfüllen.

_____ Kundennummer _____ Geburtsdatum
--

Welche rezeptpflichtigen und nicht rezeptpflichtigen Medikamente nehmen Sie regelmäßig in welcher Dosierung ein?  
(Dosierung z. B.: 2 x tgl. 1 Tablette)

	Medikament / Artikel	PZN (falls zur Hand, s. Packung)	Darreichung	Dosierung
1.		_____		
2.		_____		
3.		_____		
4.		_____		
5.		_____		
6.		_____		
7.		_____		
8.		_____		
9.		_____		
10.		_____		

Einwilligung zur Nutzung der Daten: Es gelten unsere AGB und Datenschutzbestimmungen. Diese können Sie auf [shop-apotheke.com](http://shop-apotheke.com) nachlesen. Sollte im Einzelfall eine Rücksprache mit meiner verordnenden Ärztin oder meinem verordnenden Arzt notwendig sein, bin ich damit einverstanden, dass diese erfolgt und entbinde ihn für diesen speziellen Fall von seiner Schweigepflicht. Die Einwilligung kann von mir zu jeder Zeit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. **Ich bestätige die Richtigkeit der oben gemachten Angaben.**

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Sitz der Apotheke:**  
Shop-Apotheke B.V., Erik de Rodeweg 11/13, NL-5975 WD Sevenum

**Deutsche Postanschrift:**  
Shop Apotheke, Postfach 410118, D-41241 Mönchengladbach

**Geschäftsführer:**  
Olaf Heinrich, Stephan Weber, Jasper Eenhorst, Theresa Holler, Marc Fischer

**Bankverbindung:**  
Shop-Apotheke Service B.V., Deutsche Bank AG  
IBAN DE36 6647 0035 0078 8075 00, BIC DEUTDE6F664  
K.v.K. 63956004, BTW-Nr.: NL8554.67.903.B01

 [shop-apotheke.com](http://shop-apotheke.com)