



# meine-phoenix.de/apocard/Antrag

## 1 Notwendige Angaben

Anrede	Frau <input type="checkbox"/>	Herr <input type="checkbox"/>		
Titel		Straße		Nr.
Vorname		PLZ	Ort	
Nachname		Geburtsdatum		

## 2 Angaben zur Krankenkasse

Versichertenstatus	privat <input type="checkbox"/>	gesetzlich <input type="checkbox"/>		
Krankenkasse	Krankenkassen-Nr.	Zuzahlungspflichtig?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein (befreit) <input type="checkbox"/>
Versicherten-Nummer		Befreiungsausweis gültig bis		

## 3 Freiwillige Angaben

Telefon-Nummer (Festnetz)		E-Mail-Adresse
Vorwahl	Rufnummer	
Telefon-Nummer (Mobil)		Bescheinigung für die Krankenkasse gewünscht <input type="checkbox"/>
Vorwahl	Rufnummer	Bescheinigung für das Finanzamt gewünscht <input type="checkbox"/>
Fax-Nummer		Ja, ich möchte Informationen per E-Mail erhalten <input type="checkbox"/>
Vorwahl	Faxnummer	

## 4 Datenschutzvereinbarung & Unterschrift

**Datenschutzvereinbarung**

Ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten ärztlicher Verordnungen, sowie Daten aus der Selbstmedikation zu meiner persönlichen Beratung und Betreuung (z. B. Abgleich von Arzneimittelwechselwirkungen, Quittierungen von Eigenleistungen gegenüber Krankenkasse und Finanzamt) gespeichert werden.  
Die Daten dürfen nicht an dritte Personen weitergegeben werden, und sind auf Aufforderung unverzüglich zu löschen.  
Mit der Speicherung meiner Daten bin ich einverstanden.

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------

phoenix.apocard-Nummer	[Von der Phoenix-Apotheke auszufüllen]
------------------------	--

