

Rilevamento dei dati personali nell'ambito della vendita di farmaci per corrispondenza

Per poterla consigliare in modo ottimale circa i quesiti relativi alla terapia farmacologica, oltre che per problemi legati a farmaci e salute la preghiamo di fornirci ulteriori informazioni sul vostro stato attuale di salute e di terapia. I dati derivanti da questo rilevamento verranno elaborati dalla farmacia ai soli fini dell'informativa sul trattamento di dati relativi ai farmaci che partecipano alla vendita per corrispondenza.

Cognome, nome :		
Indirizzo, No.civico :		
CAP, Località :		
Tel. :	Fax :	E-Mail :
Dati del paziente :		
Sesso : M F	Altezza :	Cassa malati :
Anno di nascita :	Peso :	No.d'assicurazione :
Malattie / Disturbi :		
<input type="checkbox"/> Diabete	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Disturbi renali
<input type="checkbox"/> Ipertensione	<input type="checkbox"/> Disturbi cardiocircolatorie	<input type="checkbox"/> Allergie se si, quali ...
<input type="checkbox"/> Disturbi della coagulazione del sangue	<input type="checkbox"/> Disturbi del fegato	<input type="checkbox"/> Altre malattie se si, quali ...
Gravidanza / allattamento :		
<input type="checkbox"/> Non mi trovo in stato di gravidanza	<input type="checkbox"/> sono gravido, settimana _____	<input type="checkbox"/> Non allatto
Quali farmaci assume regolarmente (Nome, quantità principio attivo, dose giornaliera)? : (per esempio. Aspirina Cardio 100, 1x1 compressa)¹		
<small>¹ Le siamo d'aiuto nell'annotazione dei suoi farmaci . In caso di domande o di chiarimenti, le telefoniamo volentieri. <input type="checkbox"/> Si, prego telefonatemi</small>		
Accetto che mi venga recapitato un farmaco generico dal costo più vantaggioso :		
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si, prego telefonatemi
Accetto che il mio medico curante trasmetta la prescrizione direttamente alla farmacia con concessione di vendita di farmaci per corrispondenza :		
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si, prego telefonatemi

Data :

Firma :