

Antrag auf Ausstellung des Cannamedical®-Patientenausweises

Angaben zum Patienten*

*vom Patienten auszufüllen

| | | | |
|--|---------------------|------|--------------------------------|
| Anrede: | Frau | Herr | (Bitte ankreuzen) |
| Vorname: | _____ | | |
| Name: | _____ | | |
| Geburtsdatum: | _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ | | |
| Verschreibender Arzt, Ort: | _____ | | |
| Verschriebene Mengen: | _____ | | |
| Verschriebene Cannabis-Sorten: | _____ | | |
| Die Ausstellung des Cannamedical®-Patientenausweises ist kostenfrei und personengebunden. | | | |
| <small>Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die von mir angegebenen Daten (z.B. Geburtsdatum, Geschlecht, Angaben zur verschriebenen Therapie) zu Marktforschungszwecken ausschließlich von der Cannamedical® Pharma GmbH gespeichert, verarbeitet und anonymisiert genutzt werden. Meine diesbezügliche Einwilligung kann ich jederzeit gegenüber der Cannamedical® Pharma GmbH, Kaiser-Wilhelm-Ring 26, 50672 Köln widerrufen. Eine Übermittlung der Daten an Dritte erfolgt nicht, es sei denn, ich habe dem ausdrücklich zugestimmt.</small> | | | |
| | | | _____ |
| | | | Datum, Unterschrift Patient/in |

Daten der Apotheke*

*von der Apotheke auszufüllen

| | | | |
|---|-------|---------|----------------------------------|
| Name der Apotheke: | _____ | | |
| Ansprechpartner/in: | _____ | | |
| Adresse: | | | |
| Straße Hausnr.: | _____ | | |
| PLZ Ort: | _____ | | |
| Telefon: | _____ | E-Mail: | _____ |
| Der Cannamedical®-Patientenausweis wird innerhalb von zwei Werktagen ausgestellt. | | | |
| <small>Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass der oben genannte Patient von unserer Apotheke (s. oben) legal erworbenes Medizinal-Cannabis erhalten hat.</small> | | | |
| | | | _____ |
| | | | Datum, Unterschrift Apotheker/in |

Dieser Antrag ist nur vollständig ausgefüllt und von dem/der Apotheker/in über folgende Mittelungswege an die Cannamedical® Pharma GmbH gesendet gültig.

Post: Cannamedical® Pharma GmbH · Kaiser-Wilhelm-Ring 26 · 50672 Köln

Fax: +49 (0)221 165 349 09

E-Mail: sales@cannamedical.de