



## Bestellformular für rezeptpflichtige Medikamente

### Ihre persönlichen Angaben

\*Pflichtfelder müssen ausgefüllt werden.

**Kundin/Kunde\***     Frau     Herr

**Sprache**     D     F     I

Vorname\*/Name\*:

Geburtsdatum\*:

Strasse\*/Nr.\*:

PLZ\*/Ort\*:

Telefon\*/Mobile:

E-Mail\*:

Körpergrösse (cm)\*:

Gewicht (kg)\*:

**Lieferadresse**     einmalig

immer

Vorname/Name:

Strasse:

PLZ/Ort:

### Krankenversicherung

Grundversicherung\*:

Vers.-Nr.\*:

Vers.-Kartennr.\*:

Zusatzversicherung\*:

Vers.-Nr.\*:

Vers.-Kartennr.\*:

Ich bin damit einverstanden, dass mir anstelle des Originals ein günstigeres Generikum geliefert wird.\*:     Ja     Nein

### Ihr Gesundheitsfragebogen

Bitte beantworten Sie die Gesundheitsfragen wahrheitsgetreu, damit wir Ihnen optimale Sicherheit rund um Ihre Medikation bieten können. **Bitte bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift die Richtigkeit der Angaben, nur so können wir Ihre Bestellung bearbeiten.**

Leiden Sie unter einer der folgenden Erkrankungen?\*

- Diabetes                       Bluthochdruck                       Blutgerinnungsstörungen  
 Bronchialasthma               Herz-Kreislauf-Erkrankungen     Lebererkrankungen  
 Nierenerkrankungen         Andere Krankheiten: \_\_\_\_\_

Auf welche Medikamente (rezeptpflichtige und nicht rezeptpflichtige) sind Sie zusätzlich zu denjenigen auf Ihrem Rezept angewiesen (Name, Wirkstärke, Dosierung)?\* (z.B. Aspirin Cardio 100, 1 x 1 Tbl.)

\_\_\_\_\_

Bestehen Unverträglichkeiten oder Allergien?\*     Ja, welche?     Nein

\_\_\_\_\_

Fragen zu Schwangerschaft und Stillen (nur von Frauen auszufüllen)\*

Sind Sie schwanger?

Ja     Nein

Wenn «Ja», erwartetes Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Stillen Sie?

Ja     Nein

Möchten Sie, dass Ihr Arzt in Zukunft und nach Möglichkeit die ärztliche Verordnung direkt der Apotheke Zur Rose übermittelt?\*:     Ja     Nein

Mit meiner Unterschrift akzeptiere ich die allgemeinen Geschäftsbedingungen in der jeweils aktuellen Fassung und stimme der Bearbeitung meiner Daten im Rahmen des schweizerischen [Datenschutzgesetzes](#) zu. Unsere allgemeinen Geschäftsbedingungen finden Sie unter [zurrose.ch/agb](http://zurrose.ch/agb).

Datum\*

Unterschrift\*

**Senden Sie dieses Formular zusammen mit Ihrem Originalrezept an:**  
Zur Rose Suisse AG, Bereich Online-Apotheke, Postfach 117, 8501 Frauenfeld

**Drucken**

\* Für Ihr erstes Dauerrezept erhalten Sie eine Migros-Geschenkkarte im Wert von 50 Franken. Ausgenommen sind Rezepte für Verhütungs- und Potenzmittel. Nur gültig bei Bestellungen über die Zur Rose Online Apotheke [www.zurrose.ch](http://www.zurrose.ch). Nicht mit anderen Aktionen oder Promotionen kumulierbar. Die Migros-Geschenkkarte erhalten Sie mit separater Post. Dieses Angebot ist gültig bis 31.12.2021.



95Y41A



**GAS/ECR/ICR**

nicht frankieren  
ne pas affranchir  
non affrancare

50178842  
000002

**A**

**DIE POST**



Zur Rose Suisse AG  
Bereich Online-Apotheke  
Postfach 117  
8501 Frauenfeld