



## Formulaire de commande pour médicaments

### Vos données personnelles

Les champs marqués d'une\* doivent obligatoirement être remplis.

**Client/Client\***     Madame     Monsieur    **Langue**     Allemand     Français     Italien

Prénom\*/Nom\*: \_\_\_\_\_ Date de naissance\*: \_\_\_\_\_

Rue\*/N°\*: \_\_\_\_\_ NPA\*/Localité\*: \_\_\_\_\_

Téléphone\*/Mobile: \_\_\_\_\_ E-mail\*: \_\_\_\_\_

Stature (cm)\*: \_\_\_\_\_ Poids (kg)\*: \_\_\_\_\_

**Adresse de livraison**     occasionnelle     permanente

Prénom/Nom: \_\_\_\_\_

Rue: \_\_\_\_\_ NPA/Localité: \_\_\_\_\_

### Assurance-maladie

Assurance de base\*: \_\_\_\_\_

N° d'ass.\*: \_\_\_\_\_ N° carte ass.\*: \_\_\_\_\_

Assurance compl.\*: \_\_\_\_\_

N° d'ass.\*: \_\_\_\_\_ N° carte ass.\*: \_\_\_\_\_

J'accepte de recevoir un générique plus avantageux à la place de l'original.\*:  Oui     Non

### Informations relatives à votre santé

Veuillez répondre aux questions sur votre état de santé de manière conforme à la vérité afin que nous puissions vous offrir une sécurité optimale en liaison avec votre médication. **Merci de confirmer par votre signature l'exactitude des informations. Il s'agit là d'une condition impérative pour que nous puissions traiter votre commande.**

Souffrez-vous de l'une des affections suivantes?\*

Diabète     Hypertension     Troubles de la coagulation

Asthme bronchique     Affections cardio-vasculaires     Affections hépatiques

Affections rénales     Autres maladies: \_\_\_\_\_

Quels médicaments consommez-vous (avec ou sans ordonnance) en plus de ceux qui sont indiqués sur l'ordonnance (nom, dosage, posologie)?\* (p. ex. Aspirine Cardio 100, 1 x 1 cpr.)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Souffrez-vous d'intolérances ou d'allergies?\*     Si oui, desquelles?     Non

Questions sur la grossesse et l'allaitement (à compléter uniquement par les femmes)\*

Êtes-vous enceinte?     Oui     Non    Si «Oui», date de naissance prévue: \_\_\_\_\_

Allaitiez-vous?     Oui     Non

Souhaitez-vous qu'à l'avenir et dans la mesure du possible votre médecin transfère directement à la pharmacie Zur Rose les ordonnances médicales?\*     Oui     Non

Par ma signature, j'accepte les conditions générales dans leur version actuelle et je donne mon accord pour le traitement de mes données dans le cadre de la [loi suisse sur la protection des données](#). Nos conditions générales de vente sont disponibles sur [zurrose.ch/cgv](http://zurrose.ch/cgv).

Date\* \_\_\_\_\_ Signature\* \_\_\_\_\_

**Retournez ce formulaire avec l'original de votre ordonnance à l'adresse suivante:**  
Zur Rose Suisse SA, Pharmacie en ligne, Case postale 117, 8501 Frauenfeld



\* Carte cadeau Migros d'une valeur de CHF 50.- pour votre première ordonnance renouvelable. Les ordonnances pour les moyens de contraception et les médicaments contre les troubles de l'érection sont exclus. Uniquement valable pour les commandes dans la pharmacie en ligne Zur Rose [www.zurrose.ch](http://www.zurrose.ch). Non cumulable avec d'autres actions ou promotions. Vous recevrez la carte-cadeau Migros dans un courrier séparé. Offre valable jusqu'au 31.12.2021.



95Y42A



**GAS/ECR/ICR**

nicht frankieren  
ne pas affranchir  
non affrancare

50178842  
000002

**DIE POST** 

**A**



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