



## Bestellformular für Medikamente auf Rezept.

### Ihre persönlichen Angaben

\*Pflichtfelder müssen ausgefüllt werden.

<b>Kundin/Kunde*</b> <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	<b>Sprache</b> <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> E
Vorname*/Name*:	Geburtsdatum*:
Strasse*/Nr.*:	PLZ*/Ort*:
Telefon*/Mobile:	E-Mail*:
Körpergrösse (cm)*:	Gewicht (kg)*:

<b>Lieferadresse</b> <input type="checkbox"/> einmalig <input type="checkbox"/> immer	
Vorname/Name:	PLZ/Ort:
Strasse:	

### 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?\*

<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörungen
<input type="checkbox"/> Bronchialasthma	<input type="checkbox"/> Herz-Kreislauf-Erkrankungen	<input type="checkbox"/> Lebererkrankungen
<input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/> 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.



09Y18B



**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