



## 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     Anglais

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





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

## Note

Lorsqu' une nouvelle recette arrive, notez qu' un ordre est **automatiquement** déclenché.

Si vous ne le souhaitez **pas**, veuillez le **noter** ou demandez à votre médecin de le noter sur l'ordonnance.