



Bestellformular für Medikamente auf Rezept.

Ihre persönlichen Angaben

*Pflichtfelder müssen ausgefüllt werden.

Kundin/Kunde* <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	Sprache <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)*:

Lieferadresse <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.

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. Nicht mit anderen Aktionen oder Promotionen kumulierbar. Die Migros-Geschenkkarte erhalten Sie mit separater Post. Dieses Angebot ist gültig bis 31.12.2021.



41Y18B



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

Hinweis

Bitte beachten Sie, sobald das neue Rezept bei der Zur Rose eintrifft, löst dies **automatisch** eine Bestellung aus.

Falls Sie dies **nicht** möchten, **vermerken** Sie dies entsprechend oder lassen Sie es bitte von Ihrem Arzt auf dem Rezept vermerken.