

Formulaire de commande pour médicaments

Vos données personnelles

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

Client/Client*	<input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur	Langue	<input type="checkbox"/> Allemand <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Italien
Prénom*/Nom*:	Date de naissance*:		
Rue*/N°*:	NPA*/Localité*:		
Téléphone*/Mobile:	E-mail*:		
Stature (cm)*:	Poids (kg)*:		

Adresse de livraison	<input type="checkbox"/> occasionnelle	<input type="checkbox"/> 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?*

<input type="checkbox"/> Diabète	<input type="checkbox"/> Hypertension	<input type="checkbox"/> Troubles de la coagulation
<input type="checkbox"/> Asthme bronchique	<input type="checkbox"/> Affections cardio-vasculaires	<input type="checkbox"/> Affections hépatiques
<input type="checkbox"/> Affections rénales	<input type="checkbox"/> 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.

Date* _____ Signature* _____

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





A

Nicht frankieren
Ne pas affranchir
Non affrancare



Geschäftsantwortsendung Invio commerciale-risposta
Envoi commercial-réponse



Zur Rose Suisse AG
Bereich Versandapotheke
Postfach 117
8501 Frauenfeld