



Bestellformular für rezeptpflichtige Medikamente

Ihre persönlichen Angaben

*Pflichtfelder müssen ausgefüllt werden.

Kundin/Kunde* Frau Herr

Sprache D F I

Vorname*/Name*:

Geburtsdatum*:

Strasse*/Nr.*:

PLZ*/Ort*:

Telefon*/Mobile:

E-Mail*:

Körpergrösse (cm)*:

Gewicht (kg)*:

Lieferadresse

einmalig

immer

Vorname/Name:

Strasse:

PLZ/Ort:

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?*

Diabetes

Bluthochdruck

Blutgerinnungsstörungen

Bronchialasthma

Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Lebererkrankungen

Nierenerkrankungen

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 Versandapotheke, Postfach 117, 8501 Frauenfeld

Drucken

* Für Ihr erstes Dauerrezept erhalten Sie eine 50 Franken Migros-Geschenkkarte oder für Ihr erstes Einmalrezept eine 10 Franken Migros-Geschenkkarte. Ausgenommen sind Rezepte für Verhütungs- und Potenzmittel. **Dieses Angebot ist gültig bis 31.12.2020.**



95Y01A



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