

## Bestellformular für Medikamente auf Rezept

\* Pflichtfelder müssen ausgefüllt werden.



### Ihre persönlichen Angaben

Frau  Herr

Sprache:  D  F  I

Geburtsdatum\* \_\_\_\_\_

Vorname\* / Name\* \_\_\_\_\_

Strasse\* / Nr.\* \_\_\_\_\_

PLZ\* / Ort\* \_\_\_\_\_

Telefon oder Mobile\* \_\_\_\_\_

E-Mail\* \_\_\_\_\_

Körpergrösse (cm)\* \_\_\_\_\_

Gewicht (kg)\* \_\_\_\_\_



### Abweichende Lieferadresse

einmalig

immer

Vorname / Name \_\_\_\_\_

Strasse / Nr. \_\_\_\_\_

PLZ / Ort \_\_\_\_\_



### Krankenversicherung

Grundversicherung\* \_\_\_\_\_

Vers.-Nr.\* \_\_\_\_\_

Karten-Nr.\* \_\_\_\_\_

Zusatzversicherung\* \_\_\_\_\_

Vers.-Nr.\* \_\_\_\_\_

Karten-Nr.\* \_\_\_\_\_

Ich bin damit einverstanden, dass mir anstelle des Original-Medikamentes ein günstigeres Generikum geliefert wird.\*  Ja  Nein



ALY19B

## 4 Fragen zu Ihrer Gesundheit

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.**

1. **Leiden Sie unter einer der folgenden Erkrankungen?\***
- Diabetes  Bluthochdruck  Blutgerinnungsstörungen  
 Bronchialasthma  Herz-Kreislauf-Erkrankungen  Lebererkrankungen  
 Nierenerkrankungen  Andere: \_\_\_\_\_

2. **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.)
- \_\_\_\_\_

3. **Bestehen Allergien oder Unverträglichkeiten?\***  Nein  Ja:
- \_\_\_\_\_

4. **Sind Sie schwanger?\*** (Nur von Frauen auszufüllen)
- Nein  Ja, erwartetes Geburtsdatum: \_\_\_\_\_
- Stillen Sie?**  Ja  Nein

Nach Erhalt des ausgefüllten Formulars erstellen wir für Sie Ihr eigenes digitales Kunden-Konto. Zur Aktivierung Ihres Kunden-Kontos erhalten Sie einmalig einen Aktivierungslink per E-Mail zugeschickt.

Nein, ich möchte keinen Aktivierungslink für mein persönliches Kunden-Konto per E-Mail erhalten.

Möchten Sie, dass Ihr Arzt in Zukunft und nach Möglichkeit die ärztliche Verordnung direkt der Apotheke Zur Rose übermittelt?\*  Ja  Nein

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die allgemeinen Geschäftsbedingungen der Zur Rose Suisse AG gelesen habe und sie in der jeweils aktuellen Fassung akzeptiere. Zudem stimme ich der Bearbeitung meiner Daten im Rahmen des schweizerischen Datenschutzgesetzes zu. Die allgemeinen Geschäftsbedingungen finden Sie auf [www.zurrose.ch/agb-online-apotheke](http://www.zurrose.ch/agb-online-apotheke).

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 1. Dauer-Rezept erhalten Sie eine Migros-Geschenkkarte im Wert von CHF 50.-. 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 31.12.2022.



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.