

Bestellformular für Medikamente auf Rezept

* Pflichtfelder müssen ausgefüllt werden.



Ihre persönlichen Angaben

Frau Herr

Sprache: D F I

Geburtsdatum* _____

Vorname* / Name* _____

Strasse* / Nr.* _____

Adresszusatz _____

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



ALY20B

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: _____

_____ Keine

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.

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. 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.