

Modulo d'ordine per medicinali su prescrizione

* Campi obbligatori



Dati personali

Sig.ra Sig. Lingua Tedesco Francese Italiano

Data di nascita* _____

Nome* / Conome* _____

Via* / N.* _____

Supplemento indirizzo _____

NPA* / Località* _____

Telefono / Cellulare* _____

E-mail* _____

Altezza (cm)* _____ Peso (chilo)* _____



Indirizzo di consegna per questa consegna sempre

Nome / Cognome _____

Via / N. _____

NPA / Località _____



Assicurazione malattie

Assicurazione di base* _____

N. ass.* _____

N. tessera ass.* _____

Assicurazione compl. _____

N. ass. _____

N. tessera ass. _____

Sono d'accordo di ricevere, al posto del preparato originale, un farmaco generico più economico.* Sì No



ANY19B

4 Questionario sul suo stato di salute

Per poterle offrire la massima sicurezza nell'assunzione dei farmaci, la preghiamo di rispondere in modo veritiero alle domande sottostanti. **La preghiamo di confermare con la sua firma la correttezza delle informazioni. Così potremo elaborare il suo ordine.**

1. **Soffre di una delle seguenti malattie?***
- Diabete Ipertensione Disturbi della coagulazione
 Asma bronchiale Malattie cardiovascolari Malattie epatiche
 Malattie renali Altro: _____
_____ Nessuna

2. **Quali farmaci (con o senza obbligo di ricetta) assume oltre a quelli indicati in ricetta?***
(nome, dosaggio, posologia, ad es. Aspirina Cardio 100, 1 x 1 compressa)
- _____
- _____

3. **Soffre di intolleranze o allergie?*** No Sì:
- _____

4. **È in gravidanza?*** (Rivolte solo alle donne)
- No Sì, data nascita prevista: _____
- Sta allattando?** Sì No

Dopo aver ricevuto il modulo compilato apriremo per lei il suo conto cliente digitale. Per l'attivazione del suo conto cliente riceverà per e-mail un link di attivazione valido una tantum.

No, non desidero ricevere per e-mail un link di attivazione per il mio conto cliente personale.

Desidera che in futuro il suo medico invii, se possibile, la prescrizione medica direttamente alla farmacia o nline Zur Rose?* Sì No

Con la mia firma dichiaro di accettare le Condizioni generali della Zur Rose nella loro versione attuale e acconsento all'elaborazione dei miei dati personali nel rispetto della legge svizzera sulla protezione dei dati. Le Condizioni generali sono reperibili su zurrose.ch/it/cg.

Data* _____ Firma* _____

Invii questo modulo compilato insieme alla sua ricetta originale a:
Zur Rose Suisse AG, Bereich Online-Apotheke, Postfach 117, 8501 Frauenfeld

stampa

** Con la sua prima ricetta ripetibile riceverà una carta regalo Migros del valore di 50 franchi. Sono escluse dalla promozione le ricette per contraccettivi e farmaci contro l'impotenza. Offerta valida solo per ordini effettuati presso la farmacia online Zur Rose www.zurrose.ch. Non cumulabile con altre promozioni. Riceverà la carta regalo Migros per posta in un secondo momento. Offerta valida fino al 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

Nota

La preghiamo di considerare, non appena riceviamo la ricetta nuova, viene svolto **automaticamente** un ordine.

Se **non** lo desidera, si prega di **annotarlo** o la preghiamo di farlo annotare dal medico sulla prescrizione.