

## 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



02Y18B

## 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](http://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](http://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.