

## Se faire livrer les médicaments commodément à domicile – avec la pharmacie City Apotheke Bern AG



Votre pharmacie dans le Spitalgass-Passage

### CITY APOTHEKE BERN AG

Spitalgass-Passage • Spitalgasse 16

3011 Bern

Pharmacie Tél 031 310 06 66 • Fax 031 310 06 67

PKMD Tél 031 310 06 60 • Fax 031 310 06 61

### Les avantages que vous apporte la pharmacie de vente directe City Bern:

- aucune taxe pharmaciën
- livraison de médicaments franco de port par poste ou par service de coursier
- réception des médicaments dans les 24 heures à domicile
- facturation directe à la CPT
- achat de médicaments aussi possible dans l'office, Spitalgass-Passage 16

### Et voici comment cela fonctionne:

Complétez le talon de commande et envoyez-le avec l'ordonnance originale à la City Apotheke Bern. C'est encore plus simple de remplir le [formulaire](#) dans le CPTnet.

**Oui, je veux profiter du service de vente directe de la City Apotheke Bern et économiser commodément des coûts.**

Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_ No de police \_\_\_\_\_

Rue, no \_\_\_\_\_

NPA, localité \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Téléphone prof. \_\_\_\_\_ Téléphone privé \_\_\_\_\_

Adresse de livraison \_\_\_\_\_  
(uniquement si différente de l'adresse ci-dessus)

Médecin prescripteur \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_

Détachez le talon et envoyez-le avec l'ordonnance originale à la City Apotheke Bern.

## Fo 2 Saisie des données de clients dans le cadre de l'expédition de médicaments

Afin de pouvoir vous conseiller de manière optimale en matière de traitement médicamenteux et identifier des problèmes en rapport avec les médicaments et la santé, nous vous prions de nous fournir exceptionnellement les données ci-dessous concernant votre état de santé et les médicaments que vous prenez. Ces données ne seront utilisées et traitées à des fins informatives que pour l'enregistrement de données relatives aux médicaments et pour des contrôles d'interactions auxquels nous procédons à la pharmacie City Apotheke de Berne à chaque nouvelle médication. Merci beaucoup de votre précieuse collaboration.

Nom, prénom:		
Rue, numéro:		
Code Postal, localité:		
Tél:	Fax:	E-mail:
<b>Données personnelles:</b>		
Sexe: m <input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/>	Année de naissance:	Caisse Maladie: Numéro d'assurance:
<b>Maladies:</b> non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>		
Diabète <input type="checkbox"/>	Asthme bronchique <input type="checkbox"/>	Maladies rénales <input type="checkbox"/>
Hypertension <input type="checkbox"/>	Maladies cardio-vasculaires <input type="checkbox"/>	Allergies, si oui lesquelles <input type="checkbox"/>
Troubles de la coagulation sanguine <input type="checkbox"/>	Maladies hépatiques <input type="checkbox"/>	Autres maladies, si oui lesquelles <input type="checkbox"/>
Grossesse/Allaitement:	Je ne suis pas enceinte <input type="checkbox"/>	Je n'allaité pas <input type="checkbox"/>
Quels médicaments prenez-vous régulièrement (Nom, puissance, dosage)? (par ex. Aspirin Cardio 100, 1 x 1 compr.)*		
*Nous sommes tout disposés à vous aider à lister vos médicaments. En cas de questions ou d'ambiguïtés, nous vous recontacterons par téléphone. Oui, veuillez me rappeler: <input type="checkbox"/>		
Je suis d'accord pour que me soit livré un générique moins cher à la place du médicament d'origine:		
Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Seulement après m'avoir consulté <input type="checkbox"/>
Si vous ne souhaitez pas remplir ce questionnaire pour des raisons personnelles, veuillez quand même le signer en précisant <<Renvoyé non rempli>> <input type="checkbox"/>		
Lieu, date:	Signature: (éventuellement représentant légal)	