



Bestellformular

Ihre persönlichen Angaben

*Pflichtfelder müssen ausgefüllt werden.

Kundin/Kunde

Anrede*:	<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	Sprache:	D	F	I
Vorname* /Name*:	Geburtsdatum*:				
Strasse* /Nr.*:	PLZ* /Ort*:				
Telefon*:	Mobile:				
E-Mail:	Newsletter:	Ja	Nein		
Körpergrösse (cm)*:	Gewicht (kg)*:				

Lieferadresse

einmalig

immer

Vorname/Name:	PLZ/Ort:				
Strasse:	PLZ/Ort:				

Krankenversicherung

Grundversicherung*:	Vers.-Nr.*:	Vers. K-Nr.*:
Zusatzversicherung*:	Vers.-Nr.*:	Vers. K-Nr.*:

Ich bin damit einverstanden, dass mir anstelle des Originals ein günstigeres Generikum geliefert wird.*: Ja Nein

Ihre Gesundheitsangaben

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.**

Leiden Sie unter einer der folgenden Erkrankungen?*

Diabetes	Bluthochdruck	Blutgerinnungsstörungen
Bronchialasthma	Herz-Kreislauf-Erkrankungen	Lebererkrankungen
Nierenerkrankungen	Andere Krankheiten:	_____

Auf welche Medikamente (rezeptpflichtige und nicht rezeptpflichtige) sind Sie zusätzlich zu denjenigen auf Ihrem Rezept angewiesen (Name, Wirkstärke, Dosierung)?*

(z.B. Aspirin Cardio 100, 1x1 Tbl.)

Bestehen Unverträglichkeiten oder Allergien?* Ja, welche? Nein

Fragen zu Schwangerschaft und Stillen (nur von Frauen auszufüllen)*

Sind Sie schwanger?	Ja	Nein	Wenn «Ja», erwartetes Geburtsdatum	_____
Stillen Sie?	Ja	Nein		

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

Datum* _____ Unterschrift* _____

Diese Angaben werden ausschliesslich für die Geschäftsbeziehung mit der Zur Rose Suisse AG verwendet und unterliegen den gesetzlichen [Datenschutzbestimmungen](#). Unsere allgemeinen Geschäftsbedingungen finden Sie unter [zurrose.ch/agb](#)

Senden Sie dieses Formular zusammen mit Ihrem Originalrezept an:

Zur Rose Suisse AG, Bereich Versandapotheke, Postfach 117, 8501 Frauenfeld

*Senden Sie uns Ihr Rezept zusammen mit dem ausgefüllten Bestellformular und Sie erhalten als Neukunde eine Migros-Geschenkkarte: 50-Franken-Karte für Ihr erstes Dauerrezept oder 10-Franken-Karte für Ihr erstes Einmalrezept. Ausgenommen sind Rezepte für Verhütungs- und Potenzmittel. **Dieses Angebot ist gültig bis 31.12.2019.**



25M418