



Willkommens-  
geschenk  
für Sie!\*

## 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 31.03.2019.**



25M418