

Liefertermin

Angaben zum Patienten

Die mit * versehenen Angaben müssen zwingend angegeben werden.

Vorname*			Nachname*		
Strasse*			PLZ*		
Ort*			E-Mail		
Telefon*			Newsletter	Ja	Nein
Geschlecht	männlich	weiblich	Grösse (cm)*		
Geburtsdatum*			Gewicht (kg)*		

Versicherungsdaten (Bitte ausfüllen oder Kopie der Versichertenkarte beilegen)

Grundversicherung*	Kartenummer*	80756
	Versichertennr.*	
Zusatzversicherung*	Kartenummer*	80756
	Versichertennr.*	

Ich bin damit einverstanden, dass mir anstelle des Originals ein günstigeres Generikum geliefert wird* Ja Nein nur nach Rücksprache mit mir

Lieferadresse (nur falls sie von der Patientenadresse abweicht)

Vorname	Nachname
Strasse	PLZ/Ort

Ihre Gesundheitsangaben

Um Sie optimal in Fragen der Arzneimitteltherapie beraten und arzneimittel- und gesundheitsbezogene Probleme erkennen zu können, bitten wir Sie, uns weitere Daten zu Ihrem Gesundheitszustand und zu Ihrer Medikation zur Verfügung zu stellen. Die Angaben werden nur im Rahmen der Information zur Speicherung arzneimittelbezogener Daten für die Teilnahme am Versandhandel mit Arzneimitteln in der Apotheke verarbeitet (siehe FO 11.01.00.1). Bitte beantworten Sie die Fragen wahrheitsgetreu.

Leiden Sie unter einer der folgenden Erkrankungen?*

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

Welche rezeptpflichtigen und nicht rezeptpflichtigen Arzneimittel nehmen Sie regelmässig ein (Name, Wirkstärke, Dosierung)?*
(z.B. Aspirin cardio, 100mg, 1x1)Wir sind gerne bereit, Ihnen bei der Aufstellung der Arzneimittel zu helfen.
Bei Fragen oder Unklarheiten melden wir uns telefonisch bei Ihnen. Ja, bitte Rückruf

Bestehen Unverträglichkeiten oder Allergien?*

Nein Ja, welche?

Ich bin damit einverstanden, dass mein Arzt die ärztliche Verordnung direkt an die Einsiedler Apotheke Drogerie übermittelt*

Ja Nein nur nach Rücksprache mit mir

Fragen zu Schwangerschaft und Stillen

Sind Sie schwanger?	Ja	Nein	Wenn „ja“, erwarteter Geburtstermin
Stillen Sie?	Ja	Nein	

Die Geschäfts- und Datenschutzbestimmungen (www.drogeriemoll.ch/agb) habe ich gelesen und bin einverstanden.

Datum*

Unterschrift* _____

(ggf. gesetzlicher Vertreter)

Senden Sie dieses Formular zusammen mit Ihrem Originalrezept an:
Drogerie Moll AG, Einkaufszentrum Zugerland, 6312 Steinhausen
Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter unter 041 741 70 00 oder info@drogeriemoll.ch