

Liefertermin

Angaben zum Patienten

Die mit * versehenen Angaben müssen zwingend angegeben werden.

Vorname*
Strasse*
Ort*
Telefon*
Geschlecht ☐ männlich ☐ weiblich
Geburtsdatum*

Nachname*
PLZ*
E-Mail
Newsletter ☐ Ja ☐ Nein
Grösse (cm)*
Gewicht (kg)*

Versicherungsdaten (Bitte ausfüllen oder Kopie der Versichertenkarte beilegen)

Grundversicherung*

Kartennummer* 80756

Versichertennr.*

Zusatzversicherung*

Kartennummer* 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
Strasse

Nachname
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 Apotheke Drogerie Moll 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