



Formulaire de commande pour médicaments

Vos données personnelles

Les champs marqués d'une* doivent obligatoirement être remplis.

Client/Client* Madame Monsieur **Langue** Allemand Français Italien Anglais

Prénom*/Nom*: _____ Date de naissance*: _____

Rue*/N°*: _____ NPA*/Localité*: _____

Téléphone*/Mobile: _____ E-mail*: _____

Stature (cm)*: _____ Poids (kg)*: _____

Adresse de livraison occasionnelle permanente

Prénom/Nom: _____

Rue: _____ NPA/Localité: _____

Assurance-maladie

Assurance de base*: _____

N° d'ass.*: _____ N° carte ass.*: _____

Assurance compl.*: _____

N° d'ass.*: _____ N° carte ass.*: _____

J'accepte de recevoir un générique plus avantageux à la place de l'original.*: Oui Non

Informations relatives à votre santé

Veuillez répondre aux questions sur votre état de santé de manière conforme à la vérité afin que nous puissions vous offrir une sécurité optimale en liaison avec votre médication. **Merci de confirmer par votre signature l'exactitude des informations. Il s'agit là d'une condition impérative pour que nous puissions traiter votre commande.**

Souffrez-vous de l'une des affections suivantes?*

Diabète Hypertension Troubles de la coagulation

Asthme bronchique Affections cardio-vasculaires Affections hépatiques

Affections rénales Autres maladies: _____

Quels médicaments consommez-vous (avec ou sans ordonnance) en plus de ceux qui sont indiqués sur l'ordonnance (nom, dosage, posologie)?* (p. ex. Aspirine Cardio 100, 1 x 1 cpr.)

Souffrez-vous d'intolérances ou d'allergies?* Si oui, desquelles? Non

Questions sur la grossesse et l'allaitement (à compléter uniquement par les femmes)*

Êtes-vous enceinte? Oui Non Si «Oui», date de naissance prévue: _____

Allaitiez-vous? Oui Non

Souhaitez-vous qu'à l'avenir et dans la mesure du possible votre médecin transfère directement à la pharmacie Zur Rose les ordonnances médicales?* Oui Non

Par ma signature, j'accepte les conditions générales dans leur version actuelle et je donne mon accord pour le traitement de mes données dans le cadre de la [loi suisse sur la protection des données](#). Nos conditions générales de vente sont disponibles sur zurrose.ch/cgv.

Date* _____ Signature* _____

Retournez ce formulaire avec l'original de votre ordonnance à l'adresse suivante:

Zur Rose Suisse SA, Pharmacie en ligne, Case postale 117, 8501 Frauenfeld





GAS/ECR/ICR

nicht frankieren
ne pas affranchir
non affrancare

50178842
000002

A

DIE POST



Zur Rose Suisse AG
Bereich Online-Apotheke
Postfach 117
8501 Frauenfeld