

Jetzt ausprobieren:
Rezept einsenden, Medi-
kamente per Post erhalten
und sparen.

0= für Medikamenten-Checks
für Bezugs-Checks
für Versandkosten

5% mindestens 5%
Neukunden-Rabatt

Empfohlen durch: Frau Herr

Kundennummer _____

Name _____

Vorname _____

Senden Sie das Originalrezept Ihres Arztes zusammen
mit diesem Antwortblatt an:
MediService AG, Ausserfeldweg 1, 4528 Zuchwil.

Innerhalb von zwei bis drei Tagen erhalten Sie Ihre
Medikamente bequem per Post.

Bei Fragen hilft Ihnen unser Kundendienst unter der
Telefonnummer 0848 40 80 40 gerne weiter.

15PDS0002D_a

Rezeptbegleitkarte

(Bitte ausfüllen und Zutreffendes ankreuzen)

Ich bestelle meine Medikamente gemäss beiliegendem/n Rezept/en.

Ich möchte mich anmelden. Mein Rezept folgt.

Frau Herr

Sprache: D F I

Name

Vorname

Strasse/Nr.

PLZ/Ort

Telefon

E-Mail

Geburtsdatum

Lieferadresse wie Wohnadresse oben

andere Lieferadresse einmalig immer

gewünschtes Lieferdatum

Meine Versicherungsdaten

(Bitte ausfüllen oder Kopie der Versichertenkarte beilegen)

Grundversicherung

Versicherungs-Nr.

Zusatzversicherung

Versicherungs-Nr.

Gesundheitsfragebogen

Das Ausfüllen des Gesundheitsfragebogens ist freiwillig.
Alle Angaben unterliegen dem Datenschutz.

Ihre Körpergrösse _____ cm Ihr aktuelles Gewicht _____ kg

**Leiden Sie unter einer der folgenden gesundheitlichen
Beschwerden?**

Schilddrüsenerkrankung Diabetes

Hoher Augendruck Herzbeschwerden

Asthma Rheuma

hoher Blutdruck Magen-/Darmleiden

andere _____

Bestehen Unverträglichkeiten oder Allergien?

Penicillin Sulfonamide Aspirin

andere _____

**Welche Medikamente nehmen Sie zusätzlich zu jenen auf Ihrem
Rezept?**

Besteht eine Schwangerschaft?

ja nein

Wenn «ja», erwartetes Geburtsdatum des Kindes _____

Stillen Sie?

ja nein

Datum _____ Unterschrift _____