

La preghiamo di inviare la sua ricetta e ordinare il suo prossimo farmaco presso MediService.



Dove la sua salute è al centro dell'attenzione.

In caso di domande il nostro Servizio clienti sarà lieto di assisterla al **numero di telefono 032 686 20 20**.

*Solo per i nuovi clienti con prescrizione medica permanente

24MSE0042_DFIE_a

Modulo di ordinazione

(Compilare e contrassegnare con una crocetta la casella corrispondente)

Ordino i miei farmaci secondo la/e ricetta/e allegata/e

Signora Signor

Lingua: DE FR IT EN

Cognome _____

Nome _____

Via/N. _____

NPA/Località _____

Telefono _____

E-mail _____

Data di nascita _____

Desidero, se possibile, che i miei farmaci originali siano sostituiti da un farmaco generico.

Data di consegna desiderata _____

I miei dati assicurativi:

(Compilare o allegare la copia della tessera d'assicurato)

Assicurazione di base _____

N. di assicurazione _____

Assicurazione complementare _____

N. di assicurazione _____

La preghiamo di inviarci la ricetta originale unitamente al presente foglio di risposta. Può affrancare la sua busta con il francobollo stampato a pagina 2.

Questionario relativo allo stato di salute

La compilazione del questionario relativo allo stato di salute è facoltativa. Maggiori informazioni sull'utilizzo dei vostri dati personali sono disponibili nella Dichiarazione relativa alla protezione dei dati all'indirizzo www.mediservice.ch/protezione-dei-dati.

Altezza _____ cm

Peso attuale _____ kg

Soffre di uno dei seguenti disturbi alla salute?

Diabete	Malattie cardiovascolari
Iperensione	Malattie epatiche
Asma bronchiale	Malattie renali
Disturbi della coagulazione (emofilia)	
Altre malattie, se sì, quali?	

Sono presenti intolleranze o allergie?
Se sì, quali?

Quali farmaci assume oltre a quelli indicati sulla sua ricetta?

È in stato di gravidanza? sì no

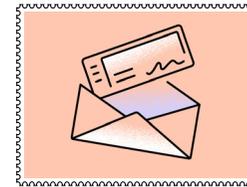
Se sì, indicare la data di nascita prevista del bambino:

Sta allattando? sì no

Data _____

Firma _____

02599



GAS/ECR/ICR

Nicht frankieren
Ne pas affranchir
Non affrancare

50068214
000001



DIE POST



MediService AG
Ausserfeldweg 1
4528 Zuchwil



Indicazione

Si noti che l'ordine viene attivato **automaticamente** quando MediService riceve il nuovo modulo d'ordinazione.

Se **non** si desidera che ciò avvenga, si prega di **annotarlo** o di far annotare dal medico direttamente sulla ricetta.