



Rezeptbegleitkarte

Ich bestelle folgende speziellen Medikamente bei der Spezialapotheke MediService

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. _____

Datum _____ Unterschrift Kunde _____

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass MediService Daten zu meinem Medikamentenbezug an meine Apotheke (gemäss Stempel/Etikette) weitergibt.

Gesundheitsfragebogen

Bitte ausfüllen und Zutreffendes ankreuzen.

Das Ausfüllen 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 Kunde _____

Interaktionen mit aktuellem Patientendossier geprüft. Abgabe der Medikamente durch MediService zulässig.

Datum _____ Unterschrift ApothekerIn _____

02072