



# 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 \_\_\_\_\_