

## Modulo d'ordine



\* Campo obbligatorio



## Dati personali

 Signora  Signor
Lingua:  Tedesco  Francese  Italiano

Data di nascita\* \_\_\_\_\_

Nome\* / Cognome\* \_\_\_\_\_

Via\* / N.\* \_\_\_\_\_

Supplemento indirizzo \_\_\_\_\_

NPA\* / Località\* \_\_\_\_\_

Telefono / Cellulare\* \_\_\_\_\_

E-mail\* \_\_\_\_\_

Altezza (cm)\* \_\_\_\_\_

Peso (kg)\* \_\_\_\_\_



## Indirizzo di consegna diverso

 per questa consegna sempre

Nome / Cognome \_\_\_\_\_

Via / N. \_\_\_\_\_

NPA / Località \_\_\_\_\_



## Assicurazione malattia

Assicurazione di base\* \_\_\_\_\_

N. ass.\* \_\_\_\_\_

N. tessera ass.\* \_\_\_\_\_

Assicurazione compl. \_\_\_\_\_

N. ass. \_\_\_\_\_

N. tessera ass. \_\_\_\_\_



**Sono d'accordo di ricevere, al posto del preparato originale, un farmaco generico più economico.\***  Sì  No

\*\* Con la sua prima ricetta ripetibile riceverà una carta regalo Migros del valore di CHF 30.-. Sono escluse dalla promozione le ricette per contraccettivi e farmaci contro l'impotenza. Offerta valida solo per ordini effettuati tramite la farmacia online Zur Rose [www.zurrose.ch](http://www.zurrose.ch). Non cumulabile con altre promozioni. Riceverà la carta regalo Migros per posta in un secondo momento. Offerta valida fino al 31.12.2025.

## Domande sul suo stato di salute

Affinché il nostro team di farmacisti possa garantirle la massima sicurezza in relazione ai suoi farmaci, la preghiamo di rispondere in maniera veritiera alle domande sul suo stato di salute. Apponendo la sua firma, conferma la correttezza delle informazioni indicate. La sua assicurazione malattia non ha accesso ai suoi dati.



25Y01E

## 1. Soffre di una delle seguenti malattie?\*

- Diabete  Ipertensione  Disturbi della coagulazione  
 Asma bronchiale  Malattie cardiovascolari  Malattie epatiche  
 Malattie renali  Altro: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  Nessuna

## 2. Quali altri farmaci (soggetti e non soggetti a prescrizione) assume?\*

(nome, dosaggio, posologia, ad es. Aspirina Cardio 100, 1 x 1 compressa)

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## 3. Soffre di intolleranze o allergie?\*

 No Sì, quali:

\_\_\_\_\_

## 4. È in stato di gravidanza? (solo per le donne\*)

 No Sì, la data prevista del parto è: \_\_\_\_\_

**Sta allattando?**  No  Sì

Dopo aver ricevuto il modulo compilato, apriremo per lei il suo conto cliente digitale. Per l'attivazione del suo conto cliente riceverà per e-mail un link valido una tantum.

No, non desidero avere alcun conto cliente digitale.

Con la mia firma dichiaro di aver letto e di accettare le Condizioni generali di Zur Rose nella loro versione attuale e acconsento al trattamento dei miei dati personali nel rispetto della legge svizzera sulla protezione dei dati. Le Condizioni generali sono reperibili su [zurrose.ch/it/cg](http://zurrose.ch/it/cg).

Data\* \_\_\_\_\_ Firma\* \_\_\_\_\_



**Invii questo modulo compilato insieme alla sua ricetta originale a:** Zur Rose Suisse SA, reparto Farmacia online, casella postale 117, 8501 Frauenfeld

Stampare



GAS/ECR/ICR

nicht frankieren  
ne pas affranchir  
non affrancare

50178842  
000002

**DIE POST**

**A**



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

## Nota

La preghiamo di considerare, non appena riceviamo la ricetta nuova, viene svolto **automaticamente** un ordine.

Se **non** lo desidera, si prega di **annotarlo** o la preghiamo di farlo annotare dal medico sulla prescrizione.