

## Bestellformular



\* Pflichtfelder



## Ihre persönlichen Angaben

 Frau  Herr
Sprache:  DE  FR  IT

Geburtsdatum\* \_\_\_\_\_

Vorname\* / Name\* \_\_\_\_\_

Strasse\* / Nr.\* \_\_\_\_\_

Adresszusatz \_\_\_\_\_

PLZ\* / Ort\* \_\_\_\_\_

Telefon oder Mobile\* \_\_\_\_\_

E-Mail\* \_\_\_\_\_

Körpergrösse (cm)\* \_\_\_\_\_

Gewicht (kg)\* \_\_\_\_\_



## Abweichende Lieferadresse

 Einmalig Immer

Vorname / Name \_\_\_\_\_

Strasse / Nr. \_\_\_\_\_

PLZ / Ort \_\_\_\_\_



## Krankenversicherung

Grundversicherung\* \_\_\_\_\_

Vers.-Nr.\* \_\_\_\_\_

Karten-Nr.\* \_\_\_\_\_

Zusatzversicherung \_\_\_\_\_

Vers.-Nr. \_\_\_\_\_

Karten-Nr. \_\_\_\_\_



**Ich bin damit einverstanden, dass mir anstelle des Original-Medikamentes ein günstigeres Generikum geliefert wird.\***

 Ja  Nein

\*\* Für Ihr 1. Dauer-Rezept erhalten Sie eine Migros-Geschenkkarte im Wert von CHF 30.-. Ausgenommen sind Rezepte für Verhütungs- und Potenzmittel. Nur gültig bei Bestellungen über die Zur Rose Online-Apotheke [www.zurrose.ch](http://www.zurrose.ch). Nicht mit anderen Aktionen oder Promotionen kumulierbar. Die Migros-Geschenkkarte erhalten Sie mit separater Post. Dieses Angebot ist gültig bis 31.12.2025.

## Gesundheitsfragen

Damit unser Apothekerteam Ihnen optimale Sicherheit rund um Ihre Medikation bieten kann, beantworten Sie bitte die Gesundheitsfragen wahrheitsgetreu. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie deren Richtigkeit. Ihre Krankenversicherung hat keinen Zugriff auf Ihre Daten.



29Y14E

## 1. Leiden Sie unter einer der folgenden Erkrankungen?\*

 Diabetes  Bluthochdruck  Blutgerinnungsstörungen

 Bronchialasthma  Herz-Kreislauf-Erkrankungen  Lebererkrankungen

 Nierenerkrankungen  Andere: \_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_  Keine

## 2. Welche Medikamente (rezeptpflichtige und nicht rezeptpflichtige) nehmen Sie zusätzlich ein?\* (Name, Wirkstärke, Dosierung, z. B. Aspirin Cardio 100, 1 x 1 Tbl.)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 3. Bestehen Allergien oder Unverträglichkeiten?\*

 Nein  Ja, welche:

\_\_\_\_\_

## 4. Sind Sie schwanger? (Nur von Frauen auszufüllen\*)

 Nein  Ja, erwartetes Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

**Stillen Sie?**  Nein  Ja

Nach Erhalt des ausgefüllten Formulars erstellen wir für Sie Ihr eigenes digitales Kunden-Konto. Zur Aktivierung Ihres Kunden-Kontos erhalten Sie einmalig einen Link per E-Mail zugeschickt.

 Nein, ich möchte kein digitales Kunden-Konto.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die allgemeinen Geschäftsbedingungen der Zur Rose Suisse AG gelesen habe und sie in der jeweils aktuellen Fassung akzeptiere. Zudem stimme ich der Bearbeitung meiner Daten im Rahmen des schweizerischen Datenschutzgesetzes zu. Die allgemeinen Geschäftsbedingungen finden Sie auf [zurrose.ch/agb-online-apotheke](http://zurrose.ch/agb-online-apotheke).

Datum\* \_\_\_\_\_ Unterschrift\* \_\_\_\_\_

**Senden Sie dieses Formular zusammen mit Ihrem Originalrezept an:**  
Zur Rose Suisse AG, Bereich Online-Apotheke, Postfach 117, 8501 Frauenfeld

Drucken



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

## Hinweis

Bitte beachten Sie, sobald das neue Rezept bei der Zur Rose eintrifft, löst dies **automatisch** eine Bestellung aus.

Falls Sie dies **nicht** möchten, **vermerken** Sie dies entsprechend oder lassen Sie es bitte von Ihrem Arzt auf dem Rezept vermerken.