

VERSANDAPOTHEKE zur EICHE

BESTELLANGABEN

Bitte füllen Sie das Bestellformular vollständig aus. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutzgesetz. Senden Sie anschliessend das ausgefüllte Formular zusammen mit Ihrem Rezept (auch für nicht rezeptpflichtige Medikamente notwendig) an:

Versandapotheke zur Eiche AG
Platz 10
CH-9100 Herisau

Persönliche Angaben

☐ Frau ☐ Herr

Sprache ☐ D ☐ F ☐ I ☐ E

Name

Vorname

Strasse

Nummer

PLZ

Ort

Geburtsdatum

Telefon

E-Mail

Lieferangaben (falls nicht gleich wie Wohnadresse)

☐ einmalig ☐ immer

Name

Vorname

Strasse

Nummer

PLZ

Ort

Krankenkassen-/Versicherungsangaben

Grundversicherung

Vers.-Nummer

Zusatzversicherung

Vers.-Nummer

Weitere Kontaktangaben

Kontaktangaben des betreuenden Arztes/Ärztin:

Kontaktangaben der betreuenden Person (Spitex, Familienmitglieder):

Darf die Apotheke zur Eiche, falls notwendig, weitere Informationen beim betreuenden Arzt/Ärztin beziehen? (Einverständniserklärung)

☐ ja ☐ nein

Dürfen die verschriebenen Präparate durch Generika ersetzt werden?

☐ ja ☐ nein

Datum

Unterschrift

GESUNDHEITSANGABEN

Ihre Angaben zu diesen Fragen erhöhen die Arzneimittelsicherheit. Die Beantwortung ist freiwillig.
Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutzgesetz.

Persönliche Angaben

Name

Vorname

Körpergrösse in cm

Gewicht in kg

Geschlecht ☐ männlich ☐ weiblich

Leiden Sie unter einer der folgenden gesundheitlichen Störungen?

☐ Blutgefässleiden/Bluthochdruck

☐ Nierenleiden/Dialysebehandlung

☐ Herzleiden/Kreislaufbeschwerden

☐ Schilddrüsenerkrankung

☐ Magen-/Darmleiden

☐ Diabetes

☐ Asthma/Atemwegsbeschwerden

☐ Leber-/Gallenleiden

☐ Muskelerkrankung

☐ Hoher Augendruck

☐ andere

Bestehen Unverträglichkeiten oder Allergien?

☐ Aspirin/Acetylsalicylsäure

☐ Penicillin

☐ Sulfonamide

☐ andere

Besteht eine Schwangerschaft? (falls weiblich)

☐ nein ☐ ja, erwarteter Geburtstermin

Stillen Sie? (falls weiblich)

☐ nein ☐ ja

Wissen Sie, wie Sie Ihre Medikamente einnehmen/anwenden müssen?

☐ ja ☐ nein

Welche Arzneimittel nehmen Sie zusätzlich zu denen auf Ihrem Rezept ein?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Datum

Unterschrift