

Fiche d'accompagnement de l'ordonnance

Nom: _____ M F

Prénom: _____

Rue | N°: _____

NPA | Localité: _____

Téléphone pendant la journée: _____

Téléphone le soir: _____

Adresse e-mail: _____

Date de naissance: _____

Caisse maladie: _____

Numéro d'assuré: _____

Taille: _____

Poids: _____

Merci de nous transmettre des données plus détaillées à propos de votre état de santé et de votre médication. Nous pourrions ainsi vous assurer des conseils optimaux pour votre thérapie médicamenteuse et mieux identifier vos problèmes de santé.

Ces indications sont soumises à la protection des données. Elles seront exclusivement enregistrées et traitées dans notre pharmacie dans le contexte des médicaments qui vous sont remis par correspondance.

Questionnaire de santé

Quels médicaments prenez-vous régulièrement (nom, puissance, dosage)?

Souffrez-vous de l'un des troubles de la santé suivants?

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> diabète | <input type="checkbox"/> troubles de la coagulation | <input type="checkbox"/> maladies cardiovasculaires |
| <input type="checkbox"/> asthme bronchique | <input type="checkbox"/> insuffisance rénale | <input type="checkbox"/> maladies hépatiques |
| <input type="checkbox"/> hypertension | <input type="checkbox"/> allergies, si oui lesquelles | <input type="checkbox"/> autres maladies, si oui lesquelles |

Souffrez-vous d'intolérance ou d'allergie? non si oui, précisez: _____

Etes-vous enceinte ou prévoyez-vous de le devenir? non si oui, date prévue pour l'accouchement: _____

Allaitiez-vous? non oui

Date: _____ Signature: _____

Veuillez envoyer le [formulaire dûment complété avec l'original de l'ordonnance](#) à:

ROTHAUS direct | Dorfstrasse 70 | 8706 Meilen

Avez-vous des questions relatives à nos prestations? Nous sommes à votre entière disposition. Hotline 0800 768 768, e-mail: info@rothaus-direct, www.rothaus-direct.ch