

## Rezept-Begleitschein

Name: \_\_\_\_\_  W  M

Vorname: \_\_\_\_\_

Strasse, Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon tagsüber: \_\_\_\_\_

Telefon abends : \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

Gösse: \_\_\_\_\_

Gewicht: \_\_\_\_\_

Um Sie optimal in Fragen der Arzneimitteltherapie beraten und arzneimittel- und gesundheitsbezogene Probleme erkennen zu können, bitten wir Sie, uns weitere Daten zu Ihrem Gesundheitszustand und zu Ihrer Medikation zur Verfügung zu stellen.

Die Angaben werden nur im Rahmen der Information zur Speicherung arzneimittelbezogener Daten für die Teilnahme am Versandhandel mit Arzneimitteln in der Apotheke verarbeitet.

## Gesundheitsfragebogen

Welche Arzneimittel nehmen Sie regelmässig ein (Name, Wirkstärke, Dosierung)?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Leiden Sie unter einer der folgenden gesundheitlichen Störungen?

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes        | <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörungen   | <input type="checkbox"/> Herz-Kreislauf-Erkrankungen        |
| <input type="checkbox"/> Bronchialasthma | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen        | <input type="checkbox"/> Lebererkrankungen                  |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck   | <input type="checkbox"/> Allergien, wenn ja welche | <input type="checkbox"/> andere Krankheiten, wenn ja welche |

Bestehen Unverträglichkeiten oder Allergien?  nein  ja, welche: \_\_\_\_\_

Besteht oder planen Sie eine Schwangerschaft?  nein  ja, erwarteter Geburtstermin: \_\_\_\_\_

Stillen Sie?  nein  ja

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Bitte senden Sie den ausgefüllten **Rezept-Begleitschein** zusammen mit dem **Originalrezept** an:

ROTHAUS direct | Dorfstrasse 70 | 8706 Meilen

Haben Sie Fragen zu unseren Dienstleistungen? Wir stehen Ihnen gerne zur Verfügung. Hotline 0800 768 768, info@rothaus-direct, www.rothaus-direct.ch