

Persönliche Angaben: Diese Angaben werden streng vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutz.

Kundin/Kunde	<input type="checkbox"/> W	<input type="checkbox"/> M	Sprache	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> I
Vorname/Name:						
Strasse:						
PLZ/Ort:						
Telefon privat:	erreichbar:					
Mobiltelefon:	erreichbar:					
Telefon geschäftlich:	erreichbar:					
Fax/E-Mail:						
Geburtsdatum:						
Lieferadresse			<input type="checkbox"/> einmalig	<input type="checkbox"/> immer		
Vorname/Name:						
c/o:						
Strasse:						
PLZ/Ort:						
Versicherung						
Grundversicherung:	Sektion:					
Mitgliedsnummer:						
Zusatzversicherung:	Sektion:					
Mitgliedsnummer:						

Behandlungsgrund

Unfall; Ereignisdatum: _____

Krankheit Anderer

Dürfen die verschriebenen Originalpräparate durch Generika ersetzt werden? Ja Nein

Datum _____ Unterschrift _____

Rezept liegt bei (auch für nicht rezeptpflichtige Medikamente notwendig!).

Fragen zur Erhöhung der Arzneimittelsicherheit:

Die Beantwortung dieser Fragen ist freiwillig. Die Angaben werden streng vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutz.

Körpergrösse _____ **Gewicht** _____

Besteht eine Schwangerschaft? Ja Nein

Falls ja, erwartetes Geburtsdatum des Kindes? _____

Stillen Sie? Ja Nein

Leiden Sie unter einer der folgenden gesundheitlichen Störungen?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Leber-/Gallenleiden | <input type="checkbox"/> Nierenleiden/Dialysebehandlung |
| <input type="checkbox"/> Herzleiden/Kreislaufbeschwerden | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Magen-/Darmleiden | <input type="checkbox"/> Blutgefässleiden/Bluthochdruck |
| <input type="checkbox"/> Asthma/Atemwegsbeschwerden | <input type="checkbox"/> Schlafstörungen |
| <input type="checkbox"/> Muskelerkrankungen | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Andere: | |

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

Ja Nein

Welche Medikamente nehmen Sie zusätzlich zu denen auf Ihrem Rezept?

Bestehen Unverträglichkeiten oder Allergien?

- | | |
|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aspirin/Acetylsalicylsäure | <input type="checkbox"/> Penicillin |
| <input type="checkbox"/> Sulfonamide | |
| <input type="checkbox"/> Andere: | |

Haben Sie einen Allergiepass? Ja Nein