

**Données personnelles:** Ces réponses seront traitées avec la plus stricte confidentialité et sont soumises à la protection des données.

<b>Client/cliente</b> <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<b>Langue</b> <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I
Prénom/Nom:	
Adresse:	
NPA/Lieu:	
Tél. privé:	heures d'appel:
Tél. mobile:	heures d'appel:
Tél. au travail:	heures d'appel:
Fax/E-mail:	
Date de naissance:	
<b>Adresse de livraison</b>	<input type="checkbox"/> unique <input type="checkbox"/> régulière
Prénom/Nom:	
c/o:	
Adresse:	
NPA/Lieu:	
<b>Assurance</b>	
Assurance de base:	Section:
No d'assurance:	
Ass. complémentaire:	Section:
No d'assurance:	

**Motif du traitement:**

accident; date de survenance: \_\_\_\_\_

maladie  autre

Les préparations originales prescrites peuvent-elles être remplacées par des génériques ?  oui  non

Date \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_

Ordonnance jointe (nécessaire également pour les médicaments remis sans ordonnance !)

## Questions pour augmenter la sécurité des médicaments:

La réponse à ces questions est facultative. Ces réponses seront traitées avec la plus stricte confidentialité et sont soumises à la protection des données.

Taille \_\_\_\_\_

Poids \_\_\_\_\_

Etes-vous enceinte ?

oui

non

Si oui, date de naissance prévue de l'enfant ? \_\_\_\_\_

Allaitez-vous ?

oui

non

### Souffrez-vous d'une des affections suivantes ?

Affections hépatobiliaires

Affections rénales/sous dialyse

Affections cardiaques/troubles circulatoires

Diabète

Affections gastro-intestinales

Affections vasculaires/hypertension

Asthme/troubles respiratoires

Troubles du sommeil

Maladies musculaires

Maladies thyroïdiennes

Autres:

---

### Savez-vous comment prendre/utiliser vos médicaments ?

oui

non

### Quels médicaments prenez-vous en plus de ceux prescrits ?

---

---

### Avez-vous des incompatibilités ou allergies ?

Aspirine/Acide acétylsalicylique

Pénicilline

Sulfamides

Autres:

---

Possédez-vous une carte d'allergies ?  oui

non

Tournez s.v.p

Zur Rose AG | Steckborn | Postfach 117 | 8501 Frauenfeld

Téléphone 0848 849 849 | Fax 0848 851 851

www.zur-rose.ch | pharmacie@zur-rose.ch

Bitte wenden!