



APOTHEKEZUMREBSTOCK-DIRECT.CH

## FORMULARIO DI ACCOMPAGNAMENTO ALLA RICETTA FC

Vi preghiamo di inviare il modulo debitamente compilato, insieme alla ricetta, all'indirizzo:

Apotheke zum Rebstock AG  
Grundstrasse 4  
8712 Stäfa

<input type="checkbox"/> Signora <input type="checkbox"/> Signor	Lingua	<input type="checkbox"/> tedesco <input type="checkbox"/> franc. <input type="checkbox"/> ital. <input type="checkbox"/> ingl.
Nome	Cognome	
Presso	<input type="checkbox"/> tutore legale	
Via		
CAP / Località		
Data di nascita	Fax	
Telefono privato		
Telefono cellulare		
Telefono lavoro		
E-Mail		
Indirizzo di consegna (se diverso dall'indirizzo di domicilio)		<input type="checkbox"/> una sola volta <input type="checkbox"/> sempre
Nome	Cognome	
Presso		
Via		
CAP / Località		
<input type="checkbox"/> La consegna può essere ritirata da altri membri della famiglia.		
<input type="checkbox"/> La consegna deve essere ritirata e controfirmata da me personalmente.		
<input type="checkbox"/> Sono d'accordo che gli ordini vengano comunicati alla CFCH.		

Vedi retro

Cassa malati

Assicurazione di base

Numero di assicurato / Numero carta

Assicurazione Invalidità

Numero AVS

Assicurazione aggiuntiva

Numero di assicurato / Numero carta

Altezza            cm

Peso            kg

Siete o pianificate una gravidanza?             sì  no

Se sì, data prevista per la nascita del bambino            State allattando  sì  no

Soffrite di uno dei seguenti disturbi?

Pressione alta

Disturbi cardiaci

Asma / malattie delle vie respiratorie

Affezioni allo stomaco / intestino

Diabete

Affezioni renali / trattamento di dialisi

Disturbi del fegato e delle vie biliari

Malattie muscolari

Malattie della tiroide

Pressione oculare alta

Altro

Siete a conoscenza delle modalità di assunzione / impiego dei vostri farmaci?  sì  no

Quali ulteriori farmaci assumete ( esclusi quelli indicati sulla ricetta)?

Soffrite di intolleranze o allergie?

Aspirina / acido acetilsalicilic

Sulfonamide

Penicillina

Altro

**Importante:** Usufruento del servizio di vendita per corrispondenza della nostra farmacia accettate che il vostro indirizzo ed il vostro numero di telefono vengano trasmessi alla ditta incaricata del recapito.

Data

Firma