



REZEPTBEGLEITSCH EIN CF

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular zusammen mit dem Rezept an:

Apotheke zum Rebstock AG
Grundstrasse 4
8712 Stäfa

<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	gewünschte Sprache <input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> franz. <input type="checkbox"/> ital. <input type="checkbox"/> engl.
Name	Vorname
c/o	<input type="checkbox"/> gesetzlicher Vertreter
Strasse	
PLZ / Ort	
Geburtsdatum	Fax
Telefon privat	
Mobiltelefon	
Telefon Geschäft	
E-Mail	

Lieferadresse (falls nicht gleich wie Wohnadresse)	<input type="checkbox"/> einmalig <input type="checkbox"/> immer
Name	Vorname
c/o	
Strasse	
PLZ / Ort	

<input type="checkbox"/> Die Lieferung darf von Personen im gleichen Haushalt angenommen werden
<input type="checkbox"/> Die Lieferung darf nur gegen Unterschrift an mich persönlich abgegeben werden.
<input type="checkbox"/> Ich bin einverstanden, dass die Medikamentenbezüge der CFCH mitgeteilt werden.

Blatt bitte wenden

Krankenkasse

Grundversicherung			
Mitgliedsnummer / EU-Kartennummer			
Invalidenversicherung			
AHV Nummer			
Zusatzversicherung			
Mitgliedsnummer / EU Kartennummer			
Körpergrösse	cm	Gewicht	kg
Besteht oder planen Sie eine Schwangerschaft?			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, erwartetes Geburtsdatum des Kindes		Stillen Sie? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Leiden Sie unter einer der folgenden Gesundheitlichen Störungen?

<input type="checkbox"/> Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> Herzbeschwerden
<input type="checkbox"/> Asthma / Atemwegserkrankungen	<input type="checkbox"/> Magen- / Darmleiden
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Nierenleiden / Dialysebehandlung
<input type="checkbox"/> Leber- / Gallenleiden	<input type="checkbox"/> Muskelerkrankungen
<input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/> Hoher Augendruck
Andere	

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

Welche Medikamente nehmen Sie zusätzlich (ausser jejen auf Ihrem Rezept)?

Bestehen Unverträglichkeiten oder Allergien?

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

Wichtig: In dem Sie die Leistungen unserer Versandapotheke in Anspruch nehmen, erklären Sie sich einverstanden das ihre Adresse und ggf. Natelnummer dem Zusteller mitgeteilt werden.

Datum	Unterschrift
-------	--------------