



APOTHEKEZUMREBSTOCK-DIRECT.CH

FORMULARIO DI ACCOMPAGNAMENTO ALLA RICETTA HIV

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. |

Vedi retro

Cassa malati

Assicurazione di base

Numero di assicurato / Numero carta

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