



## REZEPTBEGLEITSCH EIN HIV

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.

Blatt bitte wenden

Krankenkasse

Grundversicherung

Mitgliedsnummer / EU-Kartenummer

Zusatzversicherung

Mitgliedsnummer / EU Kartenummer

Körpergrösse      cm

Gewicht      kg

Besteht oder planen Sie eine Schwangerschaft?       ja    nein

Wenn ja, erwartetes Geburtsdatum des Kindes      Stillen Sie?    ja    nein

Leiden Sie unter einer der folgenden Gesundheitlichen Störungen?

Hoher Blutdruck

Herzbeschwerden

Asthma / Atemwegserkrankungen

Magen- / Darmleiden

Diabetes

Nierenleiden / Dialysebehandlung

Leber- / Gallenleiden

Muskelerkrankungen

Schilddrüsenerkrankungen

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?

Aspirin / Acetylsalicylsäure

Sulfonamide

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