

Persönliche Angaben: Diese Angaben werden streng vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutz.

Kundin/Kunde	<input type="checkbox"/> W	<input type="checkbox"/> M	Sprache	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> I
Vorname/Name:	_____					
Strasse:	_____					
PLZ/Ort:	_____					
Telefon privat:	_____			erreichbar:	_____	
Mobiltelefon:	_____			erreichbar:	_____	
Telefon geschäftlich:	_____			erreichbar:	_____	
Fax:	_____					
E-Mail:	_____					
	<input type="checkbox"/> gerne profitiere ich vom kostenlosen Newsletter der Zur Rose					
Geburtsdatum:	_____					

Lieferadresse	<input type="checkbox"/> einmalig	<input type="checkbox"/> immer
Vorname/Name:	_____	
c/o:	_____	
Strasse:	_____	
PLZ/Ort:	_____	

Versicherung	
Grundversicherung:	Vers.-Nr.: _____
Zusatzversicherung:	Vers.-Nr.: _____

Behandlungsgrund

Unfall; Ereignisdatum: _____

Krankheit Anderer

Dürfen die verschriebenen Präparate durch günstigere Generika ersetzt werden? Ja Nein

Datum _____ Unterschrift _____

Mein Rezept liegt bei (auch für nicht rezeptpflichtige Medikamente notwendig!)

Fragen zur Erhöhung der Arzneimittelsicherheit:

Die Beantwortung dieser Fragen ist freiwillig. Die Angaben werden streng vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutz.

Körpergröße _____ **Gewicht** _____

Besteht eine Schwangerschaft? Ja Nein

Falls ja, erwartetes Geburtsdatum des Kindes? _____

Stillen Sie? Ja Nein

Leiden Sie unter einer der folgenden gesundheitlichen Störungen?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Leber-/Gallenleiden | <input type="checkbox"/> Nierenleiden/Dialysebehandlung |
| <input type="checkbox"/> Herzleiden/Kreislaufbeschwerden | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Magen-/Darmleiden | <input type="checkbox"/> Blutgefässleiden/Bluthochdruck |
| <input type="checkbox"/> Asthma/Atemwegsbeschwerden | <input type="checkbox"/> Schlafstörungen |
| <input type="checkbox"/> Muskelerkrankungen | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Andere: | |

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

Ja Nein

Welche Medikamente nehmen Sie zusätzlich zu denen auf Ihrem Rezept?

Bestehen Unverträglichkeiten oder Allergien?

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

Haben Sie einen Allergiepass? Ja Nein

Datum _____ Unterschrift _____