

Apotheke Gränichen

Erfassung der Patientendaten im Rahmen des Versandhandels

(Alle Daten unterliegen dem Datenschutz. Bitte senden Sie dieses Antwortblatt mit dem Originalrezept an uns zurück.)

Persönliche Angaben

Kundin/Kunde: Frau Herr

Sprache: D F I

Name Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Strasse Haus-Nr.: _____

PLZ/Ort.: _____

Telefon/Mobile: _____

E-Mail: _____

Körpergrösse(cm): _____

Gewicht (kg): _____

Lieferadresse (falls abweichend von Wohnadresse): einmalig immer

Name Vorname: _____

Strasse Haus-Nr.: _____

PLZ/Ort.: _____

Krankenversicherung

Grundversicherung: _____

Versicherungsnr: _____

Zusatzversicherung: _____

Versicherungsnr: _____

Ich bin damit einverstanden, dass mir anstelle des **Originals**

ein **günstigeres Generikum** geliefert wird: Ja Nein

nach Rücksprache mit mir (Kunde)

nach Rücksprache mit meinem Arzt

Gesundheitsangaben

Bitte beantworten Sie die Gesundheitsfragen, damit wir Ihnen eine optimale Betreuung im Rahmen Ihrer Arzneimittel bieten können.

Leiden Sie unter folgenden Erkrankungen:

Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Asthma

Nierenerkrankungen

Bluthochdruck

Magen-Darm-Erkrankungen

Rheuma

Blutgerinnungsstörung

Lebererkrankungen

Diabetes

Andere: _____

Bestehen Unverträglichkeiten oder Allergien? Ja, welche? Nein

Welche Medikamente nehmen Sie regelmässig ein? (Name, Stärke, Dosierung: Bitte schreiben Sie ggf. gerne auf der Rückseite weiter.)

Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? Ja Nein

Stillen Sie zurzeit? Ja Nein

Bei Schwangerschaft / während der Stillzeit informiere ich die Apotheke.

Ich bin damit einverstanden, dass mein Arzt die ärztliche Verordnung direkt an die Apotheke Gränichen übermittelt. Ja Nein

Datum: _____

Unterschrift: _____

Apotheke Gränichen AG

Bahnhofstr. 1

5722 Gränichen

Tel: 062 842 11 42

Nachrichten: 079 842 11 42

Fax: 062 842 74 05

kontakt@apotheke-graenichen.ch

facebook.com/beratotheke