



REZEPTBEGLEITSCHHEIN

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					
Strasse					
PLZ / Ort					
Geburtsdatum		Fax			
Telefon privat	erreichbar von	bis	Uhr		
Mobiltelefon	erreichbar von	bis	Uhr		
Telefon Geschäft	erreichbar von	bis	Uhr		
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.					

Krankenkasse

Grundversicherung	
Sektion	Mitgliedsnummer
Zusatzversicherung	
Sektion	Mitgliedsnummer
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 jenen auf Ihrem Rezept)?

Bestehen Unverträglichkeiten oder Allergien?

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

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