

Bestellformular



Promo-Code:
10M14E

* Pflichtfelder



Persönliche Angaben

Frau Herr Sprache: Deutsch Französisch Italienisch

Geburtsdatum* _____

Vorname* / Name* _____

Strasse* / Nr.* _____

PLZ* / Ort* _____

Telefon oder Mobile* _____

E-Mail* _____

Körpergrösse (cm)* _____ Gewicht (kg)* _____

Am Cumulus-Programm teilnehmen. Cumulus-Nr.:

2	0	9	9													
---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



Krankenversicherung

Grundversicherung* _____ Vers.-Nr.* _____

Zusatzversicherung _____ Vers.-Nr. _____



Medikamenten-Lieferung

Ihr Rezept löst automatisch eine Bestellung aller aufgelisteten Medikamente aus. Falls Sie dies nicht wünschen, kreuzen Sie bitte unten die passende Option an:

Momentan noch keine Medikamente liefern. Rezept nur hinterlegen und Medikamente zu einem späteren Zeitpunkt beziehen.

Nur die folgenden Medikamente liefern: _____



Sofern möglich ersetzen wir verschriebene Originalmedikamente durch günstigere **Generika.** Nein, ich bin nicht einverstanden.



Ich bin damit einverstanden, dass mir ein passendes **Ersatzmedikament** geliefert wird, wenn mein ursprüngliches Medikament vorübergehend nicht lieferbar ist.* Ja Nein

Gesundheitsfragen

Damit unser Apothekenteam Ihnen optimale Sicherheit rund um Ihre Medikation bieten kann, beantworten Sie bitte die folgenden Fragen. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie deren Richtigkeit. Ihre Krankenversicherung hat keinen Zugriff auf Ihre Daten.

1. Leiden Sie unter einer der folgenden Erkrankungen?*

- Diabetes Bluthochdruck Blutgerinnungsstörungen
 Bronchialasthma Herz-Kreislauf-Erkrankungen Lebererkrankungen
 Nierenerkrankungen Andere: _____
 _____ Keine

2. Welche anderen Medikamente (rezeptpflichtige und nicht rezeptpflichtige) nehmen Sie ein?*

Name, Wirkstärke, Dosierung, z.B. Aspirin Cardio 100, 1 x 1 Tablette

3. Bestehen Allergien oder Unverträglichkeiten?*

Nein Ja, folgende:

4. Sind Sie schwanger? (Nur von Frauen auszufüllen*)

Nein Ja, erwartetes Geburtsdatum: _____

Stillen Sie? Nein Ja

Nach Erhalt des ausgefüllten Formulars erstellen wir für Sie Ihr persönliches digitales Kunden-Konto. Zur Aktivierung erhalten Sie einen Link per E-Mail zugeschickt.

Nein, ich möchte kein digitales Kunden-Konto.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die allgemeinen Geschäftsbedingungen der Zur Rose Suisse AG gelesen habe und sie in der jeweils aktuellen Fassung akzeptiere. Zudem stimme ich der Bearbeitung meiner Daten im Rahmen des schweizerischen Datenschutzgesetzes zu. Die allgemeinen Geschäftsbedingungen finden Sie auf zurrose.ch/agb.

¹ Für Ihr erstes Dauerrezept erhalten Sie eine Migros-Geschenkkarte im Wert von CHF 30.-. Ausgenommen sind Rezepte für Verhütungs- und Potenzmittel. Nur gültig bei Bestellungen über die Online-Apotheke Zur Rose (zurrose.ch) und in Verbindung mit einem gültigen Promo-Code. Nicht mit anderen Aktionen oder Promotionen kumulierbar. Die Migros-Geschenkkarte erhalten Sie mit separater Post. Dieses Angebot ist gültig bis 31.12.2026.

Datum* _____ Unterschrift* _____

! Senden Sie dieses Formular zusammen mit Ihrem Originalrezept an:

Zur Rose Suisse AG, Bereich Online-Apotheke, Postfach 117, 8501 Frauenfeld