

## Formulaire de commande pour médicaments

Les champs marqués d'une\* doivent obligatoirement être remplis.



### Vos données personnelles

Madame  Monsieur Langue  Allemand  Français  Italien

Date de naissance\* \_\_\_\_\_

Prénom\* / Nom\* \_\_\_\_\_

Rue\* / N°\* \_\_\_\_\_

Complément d'adresse \_\_\_\_\_

NPA\* / Localité\* \_\_\_\_\_

Téléphone / Mobile\* \_\_\_\_\_

E-mail\* \_\_\_\_\_

Stature (cm)\* \_\_\_\_\_ Poids (kg)\* \_\_\_\_\_



### Adresse de livraison occasionnelle permanente

Prénom / Nom \_\_\_\_\_

Rue / N° \_\_\_\_\_

NPA / Localité \_\_\_\_\_



### Assurance-maladie

Assurance de base\* \_\_\_\_\_

N° d'ass.\* \_\_\_\_\_

N° carte ass.\* \_\_\_\_\_

Assurance compl. \_\_\_\_\_

N° d'ass. \_\_\_\_\_

N° carte ass. \_\_\_\_\_

J'accepte de recevoir un générique plus avantageux à la place de l'original.\*

Oui  Non



10M18B

## 4 Informations relatives à votre santé

Veillez répondre aux questions sur votre état de santé de manière conforme à la vérité afin que nous puissions vous offrir une sécurité optimale en liaison avec votre médication.

**Merci de confirmer par votre signature l'exactitude des informations. Il s'agit là d'une condition impérative pour que nous puissions traiter votre commande.**

### 1. Souffrez-vous de l'une des affections suivantes?\*

Diabète  Hypertension  Troubles de la coagulation  
 Asthme bronchique  Affections cardio-vasculaires  Affections hépatiques  
 Affections rénales  Autres maladies : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  Aucune

### 2. Quels médicaments consommez-vous (avec ou sans ordonnance) en plus de ceux qui sont indiqués sur l'ordonnance?\*

(nom, dosage, posologie p. ex. Aspirine Cardio 100, 1 x 1 cpr.)

### 3. Souffrez-vous d'intolérances ou d'allergies?\*

Non  Oui:

### 4. Êtes-vous enceinte?\*

 (à compléter uniquement par les femmes)

Non  Oui, date de naissance prévue : \_\_\_\_\_

Allaitiez-vous?  Oui  Non

Une fois que nous aurons reçu le formulaire dûment rempli, nous créerons votre propre compte client numérique. Konto. Pour l'activer, vous recevrez une seule fois un lien d'activation par e-mail.

Non, je ne souhaite pas recevoir de lien d'activation par e-mail pour mon compte client personnel.

Souhaitez-vous qu'à l'avenir et dans la mesure du possible votre médecin transfère directement à la pharmacie Zur Rose les ordonnances médicales?\*  Oui  Non

Par ma signature, j'accepte les conditions générales de Zur Rose dans leur version actuelle et je donne mon accord pour le traitement de mes données dans le cadre de la loi suisse sur la protection des données. Nos conditions générales de vente sont disponibles sur [zurrose.ch/fr/cgv](http://zurrose.ch/fr/cgv).

Date\* \_\_\_\_\_ Signature\* \_\_\_\_\_

**Retournez ce formulaire avec l'original de votre ordonnance à l'adresse suivante:**  
Zur Rose Suisse SA, Pharmacie en ligne, Case postale 117, 8501 Frauenfeld

**Imprimer**

\*\* Carte cadeau Migros d'une valeur de CHF 50.- pour votre première ordonnance renouvelable. Les ordonnances pour les moyens de contraception et les médicaments contre les troubles de l'érection sont exclues. Uniquement valable pour les commandes dans la pharmacie en ligne Zur Rose [www.zurrose.ch](http://www.zurrose.ch). Non cumulable avec d'autres actions ou promotions. Vous recevrez la carte-cadeau Migros dans un courrier séparé. Offre valable jusqu'au 31.12.2022.



GAS/ECR/ICR

nicht frankieren  
ne pas affranchir  
non affrancare

50178842  
000002

**DIE POST**

**A**



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

## Note

Lorsqu' une nouvelle recette arrive, notez qu' un ordre est **automatiquement** déclenché.

Si vous ne le souhaitez **pas**, veuillez le **noter** ou demandez à votre médecin de le noter sur l'ordonnance.