

## BESTELLANGABEN

Bitte füllen Sie das Bestellformular vollständig aus. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutzgesetz. Senden Sie anschliessend das ausgefüllte und unterschriebene Formular zusammen mit Ihrem Rezept (auch für nicht rezeptpflichtige Medikamente notwendig) an:

Versandapotheke zur Eiche AG  
Platz 10  
CH-9100 Herisau

### Persönliche Angaben

<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Neutral	Sprache <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> E
Name	Vorname
Strasse	Nummer
PLZ	Ort
Geburtsdatum	
Telefon	E-Mail

### Lieferangaben (falls nicht gleich wie Wohnadresse)

<input type="checkbox"/> einmalig <input type="checkbox"/> immer	
Name	Vorname
Strasse	Nummer
PLZ	Ort

### Krankenkassen-/Versicherungsangaben

Grundversicherung	Krankenkassenkartennr. (807...)
Zusatzversicherung	

### Weitere Kontaktangaben

Kontaktangaben des betreuenden Arztes/Ärztin:  
.....  
.....

Kontaktangaben der betreuenden Person (Spitex, Familienmitglieder):  
.....  
.....

### Welche Packungsgrösse möchten Sie bestellen?

(Nur bei Kontrazeptiva (Anti-Baby-Pille) ausfüllen)  
.....  
.....  
.....

### Darf die Apotheke zur Eiche, falls notwendig, weitere Informationen beim betreuenden Arzt/Ärztin beziehen? (Einverständniserklärung)

ja  nein

### Dürfen die verschriebenen Präparate durch Generika ersetzt werden?

ja  nein

### Ich bin einverstanden, dass mein Arzt die ärztliche Verordnung direkt der Apotheke zur Eiche übermittelt.

ja  nein  nur nach Rücksprache mit mir

Datum Unterschrift

## GESUNDHEITSANGABEN

Ihre Angaben zu diesen Fragen erhöhen die Arzneimittelsicherheit. Die Beantwortung ist freiwillig. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutzgesetz.  
Der Gesundheitsfragebogen muss unterschrieben werden.

### Persönliche Angaben

Name ..... Vorname .....

Körpergrösse in cm ..... Gewicht in kg .....

Geschlecht  männlich  weiblich

### Leiden Sie unter einer der folgenden gesundheitlichen Störungen?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Blutgefässleiden/Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Nierenleiden/Dialysebehandlung |
| <input type="checkbox"/> Herz-Kreislaufkrankung         | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung         |
| <input type="checkbox"/> Magen-/Darmleiden              | <input type="checkbox"/> Diabetes                       |
| <input type="checkbox"/> Asthma/Atemwegsbeschwerden     | <input type="checkbox"/> Leber-/Gallenleiden            |
| <input type="checkbox"/> Muskelerkrankung               | <input type="checkbox"/> Hoher Augendruck               |
| <input type="checkbox"/> andere .....                   | <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörung          |

### Bestehen Unverträglichkeiten oder Allergien?

- |   |                                       |
|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aspirin/Acetylsalicylsäure | <input type="checkbox"/> Penicillin   |
| <input type="checkbox"/> Sulfonamide                | <input type="checkbox"/> andere ..... |

### Besteht eine Schwangerschaft? (falls weiblich)

- nein  ja, erwarteter Geburtstermin .....

### Stillen Sie? (falls weiblich)

- nein  ja

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

- ja  nein

### Welche Arzneimittel nehmen Sie zusätzlich zu denen auf Ihrem Rezept ein?

.....

.....

.....

.....

.....

Datum ..... Unterschrift\* .....

\*zwingend erforderlich