



Testen Sie uns:
Rezept einsenden ...
Medikamente per Post erhalten ...
und sparen.

CHF 0.- Medikamenten-Checks
CHF 0.- Bezugs-Checks
CHF 0.- Versandkosten
mind. 5 % Neukundenrabatt
mind. 5 % Generika-Dauerrabatt

Senden Sie das Originalrezept Ihres Arztes zusammen mit diesem Antwortblatt an

MediService AG, Ausserfeldweg 1, 4528 Zuchwil.

Innerhalb von zwei bis drei Tagen erhalten Sie Ihre Medikamente bequem per Post.

Bei Fragen hilft Ihnen unser Kundendienst unter der **Gratis-Telefonnummer 0800 817 827** gerne weiter.

TOPDS0016D_c

Rezeptbegleitkarte (Bitte ausfüllen und Zutreffendes ankreuzen)

Frau Herr

Sprache: D F I

Ich bestelle meine Medikamente gemäss beiliegendem/n Rezept/en

Ich möchte mich anmelden. Mein Rezept folgt in _____ Wochen

Geburtsdatum: _____

Name _____ Vorname _____

Strasse/Nr. _____ PLZ/Ort _____

Telefon privat _____ Telefon geschäftlich _____

Mobiltelefon _____ Fax _____

E-Mail-Adresse _____

Lieferadresse wie Wohnadresse oben

andere Lieferadresse einmalig immer

gewünschtes Lieferdatum: _____

Meine Versicherungsdaten:

(Bitte ausfüllen oder eine Kopie der Versichertenkarte beilegen)

Krankenkasse Grundversicherung _____ Versicherungs-Nr. _____

Krankenkasse Zusatzversicherung _____ Versicherungs-Nr. _____

Gesundheitsfragebogen

Das Ausfüllen des Gesundheitsfragebogens ist freiwillig. Alle Angaben unterliegen dem Datenschutz.

Ihre Körpergrösse _____ cm Ihr aktuelles Gewicht _____ kg

Leiden Sie unter einer der folgenden gesundheitlichen Beschwerden?

Schilddrüsenerkrankung

Diabetes

hoher Augendruck

Herzbeschwerden

Asthma

Rheuma

hoher Blutdruck

Magen-/Darmleiden

andere: _____

Bestehen Unverträglichkeiten oder Allergien?

Penicillin

Sulfonamide

Aspirin

andere: _____

Welche Medikamente nehmen Sie zusätzlich zu jenen auf Ihrem Rezept?

Besteht eine Schwangerschaft? ja nein

Falls «ja», erwartetes Geburtsdatum des Kindes: _____

Stillen Sie? ja nein

Datum _____

Unterschrift _____