

Envoyez votre ordonnance et commandez votre prochain médicament auprès de MediService.



**Votre santé est au cœur de notre attention.**

Pour toute question, n'hésitez pas à contacter notre service clientèle au **numéro de tél. 032 686 20 20.**

\*Une seule fois pour les nouveaux clients avec une ordonnance permanente

24MSE0042\_DFIE\_a

## Formulaire de commande

(Compléter et cocher la case correspondante)

Je commande mes médicaments conformément à l'ordonnance ci-jointe / aux ordonnances ci-jointes

Madame      Monsieur

Langue :      DE      FR      IT      EN

Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Rue/N° \_\_\_\_\_

NPA/Localité \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_

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

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

Je souhaite que mes médicaments originaux soient remplacés par un générique chaque fois que cela est possible.

Date de livraison souhaitée \_\_\_\_\_

### Mes données d'assurance :

(Veuillez remplir les champs ci-dessous ou joindre une copie de la carte d'assuré)

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

Numéro d'assurance \_\_\_\_\_

Assurance complémentaire \_\_\_\_\_

Numéro d'assurance \_\_\_\_\_

Envoyez-nous l'ordonnance originale avec cette fiche-réponse. Le timbre imprimé en page 2 vous permet d'affranchir votre enveloppe.

## Questionnaire de santé

La participation au questionnaire de santé est volontaire. Vous trouverez de plus amples informations sur l'utilisation de vos données personnelles dans la déclaration de protection des données sur [www.mediservice.ch/fr/protection-des-donnees](http://www.mediservice.ch/fr/protection-des-donnees).

Votre taille \_\_\_\_\_ cm

Votre poids actuel \_\_\_\_\_ kg

Souffrez-vous de l'un des problèmes de santé suivants ?

Diabète	Maladie cardiovasculaire
Hypertension artérielle	Maladie hépatique
Asthme bronchique	Maladie rénale
Troubles de la coagulation sanguine	
autres maladies, si oui, lesquelles ?	

Souffrez-vous d'intolérances ou d'allergies ?  
Si oui, lesquelles ?

Quels médicaments prenez-vous en plus de ceux figurant sur votre ordonnance ?

Êtes-vous enceinte ?      oui      non

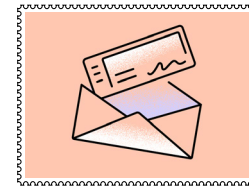
Si «oui», date de naissance prévue de l'enfant :

Allaitiez-vous ?      oui      non

Date \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_

02599



GAS/ECR/ICR

Nicht frankieren  
Ne pas affranchir  
Non affrancare

**A**

50068214  
000001



**DIE POST**



MediService AG  
Ausserfeldweg 1  
4528 Zuchwil



## Remarque

Veuillez noter qu'à réception de la nouvelle ordonnance chez MediService, une commande est **automatiquement** déclenchée.

Si vous **ne le souhaitez pas, notez-le** en conséquence ou demandez à votre médecin de le mentionner directement sur l'ordonnance.