

Jetzt ausprobieren:
Rezept einsenden,
Medikamente per
Post erhalten und
sparen.

0= für Medikamenten-Checks
für Bezugs-Checks
für Versandkosten

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 **Telefonnummer 032 686 20 20** gerne weiter.

15PDS0001D_a_ibe

Rezeptbegleitkarte

(Bitte ausfüllen und Zutreffendes ankreuzen)

- Ich bestelle meine Medikamente gemäss beiliegendem/n Rezept/en.
 Ich möchte mich anmelden. Mein Rezept folgt.
 Frau Herr Sprache: D F I

Name _____

Vorname _____

Strasse/Nr. _____

PLZ/Ort _____

Telefon _____

E-Mail _____

Geburtsdatum _____

- Lieferadresse wie Wohnadresse oben
 andere Lieferadresse einmalig immer

02587

gewünschtes Lieferdatum _____

Meine Versicherungsdaten

(Bitte ausfüllen oder Kopie der Versichertenkarte beilegen)

Grundversicherung _____

Versicherungs-Nr. _____

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?

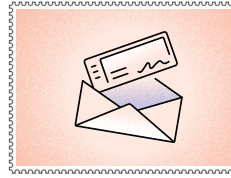
- ja nein

Wenn «ja», erwartetes Geburtsdatum des Kindes _____

Stillen Sie?

- ja nein

Datum _____ Unterschrift _____



GAS/ECR/ICR

Nicht frankieren
Ne pas affranchir
Non affrancare

50068214
000001



MediService AG
Ausserfeldweg 1
4528 Zuchwil