

Bestellformular

Ihre persönliche Angaben

☐ Frau ☐ Herr

- ☐ Deutsch
☐ Französisch
☐ Italienisch

Vorname / Name: _____

Strasse / Nr.: _____

PLZ / Ort: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail-Adresse: _____

Geburtsdatum: _____

Lieferadresse

☐ Identisch mit Wohnadresse oben

☐ Andere Adresse: _____

Krankenversicherung

Grundversicherung: _____ Policen-Nr: _____

Zusatzversicherung: _____ Policen-Nr: _____

☐ Ich bin damit einverstanden, dass mir anstelle des Originalmedikamentes ein günstigeres Generikum geliefert wird.

Bitte senden Sie uns dieses Formular zusammen mit Ihrem Originalrezept an die folgende Adresse: BENU Apotheke Oberdiesbach, Schloss-Strasse 4, 3672 Oberdiessbach

Gesundheitsfragebogen

Wir bitten Sie, diesen Fragebogen wahrheitsgetreu und korrekt auszufüllen, damit wir Ihren Auftrag effizient bearbeiten können. Alle Informationen, die Sie uns mitteilen, unterliegen dem Datenschutz.

Ihre Körpergrösse (cm): _____ Ihr Körpergewicht (kg): _____

Leiden Sie unter einer der folgenden gesundheitlichen Beschwerden?

- ☐ Herz-Kreislauf-Erkrankung ☐ Nierenerkrankungen ☐ Diabetes
☐ Bluthochdruck ☐ Rheuma ☐ Asthma
☐ Blutgerinnungsstörungen ☐ Lebererkrankungen ☐ Keine
☐ Andere Erkrankungen: _____

Leiden Sie an Unverträglichkeiten oder Allergien?

☐ Nein

☐ Ja, welche: _____

Nehmen Sie zusätzlich zu den Ihnen verordneten Medikamenten andere Medikamente?

☐ Ja, welche: _____ ☐ Nein

Wenn Sie eine Frau sind: Sind Sie schwanger?

☐ Nein

☐ Ja, erwarteter Geburtstermin: _____

Allaitez-vous?

☐ Ja

☐ Nein

Datum: _____ Unterschrift: _____

Drucken





GAS/ECR/ICR

nicht frankieren
ne pas affranchir
non affrancare
50377510
000001



BENU Apotheke Oberdiessbach
Schloss-Strasse 4
3672 Oberdiessbach

HINWEIS

Sobald Ihr neues Rezept bei BENU eingegangen ist, wird automatisch eine Bestellung generiert. Falls Sie dies vermeiden möchten, geben Sie dies bitte deutlich an.