

Bestellformular für Privatbezüge von Medikamenten & Körperpflegeprodukten



victoria
spitalservice

Victoria Apotheke Zürich
Dr. C. und K. Egloff, Bahnhofstrasse 71, 8001 Zürich
Tel. +41 43 344 60 60 / Fax +41 43 344 60 69
www.victoria-spitalservice.ch E-Mail: info@victoria-spitalservice.ch

Bezug zulasten Krankenkasse Gegen Rechnung

Name: _____ Vorname: _____

Klinik/Spital/Arztpraxis: _____

Abteilung: _____ Tel. Station: _____

Privatadresse:
Strasse: _____ Tel./Natel: _____

PLZ: _____ Ort: _____

E-Mail: _____ @ _____

Lieferung in Klinik/Spital/Praxis Abholung in der Victoria Apotheke

| Produkt Name | Dosierung | Grösse | Anzahl |
|--------------|-----------|--------|--------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

verbindlich mit beiliegendem Rezept bestellt.

Zürich, den _____ Unterschrift: _____

Aufgrund behördlicher Auflagen bitten wir Sie den beiliegenden **Gesundheitsfragebogen** (siehe Rückseite) auszufüllen und uns zusammen mit der Bestellung zu übermitteln.
Um den Bestellvorgang für Sie zu vereinfachen, empfehlen wir Ihnen eine online-Bestellung über www.victoria-spitalservice.ch.
Der Gesundheitsfragebogen muss dann nur bei Änderungen des Gesundheitszustandes angepasst werden.
Bei Fragen oder Unklarheiten können Sie uns gerne telefonisch unter +41 43 344 60 60 oder per E-Mail unter info@pharmaworld.com kontaktieren. Unsere Allgemeinen Geschäftsbedingungen finden Sie unter:
<https://www.victoria-spitalservice.ch/agb.html>

Rezept-Begleitschein

Patienteninformation

Anrede: Frau Herr

Vorname:

Nachname:

Geburtsdatum:

Strasse / Nr.:

PLZ / Ort:

Telefon:

E-Mail:

Körpergrösse (cm):

Gewicht (kg):

Um Sie optimal in Fragen der Arzneimitteltherapie beraten und arzneimittel- und gesundheitsbezogene Probleme erkennen zu können, bitten wir Sie, uns die Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand und zu Ihrer Medikation zur Verfügung zu stellen.

Die Angaben werden nur im Rahmen der Information zur Speicherung arzneimittelbezogener Daten für die Teilnahme am Versandhandel mit Arzneimitteln in der Apotheke verarbeitet.

Krankenkasseninformation

Bezahlung per Rechnung:

Bezahlung per Krankenkasse:

Krankenversicherung:

Vers. Karten-Nr:

Persönliche Gesundheitsangaben

Leiden Sie unter einer der folgenden Krankheiten?

Diabetes

Bronchialasthma

Nierenerkrankungen

Bluthochdruck

Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Blutgerinnungsstörungen

Lebererkrankungen

Andere Krankheiten:

Schwangerschaft / Stillzeit (nur von Frauen auszufüllen):

Sind Sie schwanger? ja nein

Stillen Sie? ja nein

Welche Arzneimittel nehmen Sie regelmässig ein (Name, Wirkstärke, Dosierung)?

(z.B. Aspirin Cardio 100 mg, 1x1 Tabl.)

.....
.....

Bestehen Unverträglichkeiten oder Allergien? Nein Ja, welche?

Ich bin damit einverstanden, dass mir anstelle des Originals ein günstigeres Generikum geliefert wird:

Ja

nein

nur nach Rücksprache mit mir

Sind Sie damit einverstanden, dass ihr Arzt die Verordnung direkt der Victoria Apotheke übermittelt?

Ja

nein

nur nach Rücksprache mit mir

Datum

Unterschrift

Mit der Unterschrift bestätige ich, dass sämtliche Anhaben der Wahrheit entsprechen.

Bei Fragen oder Unklarheiten können Sie uns gerne telefonisch unter +41 43 344 60 60 oder per E-Mail unter: bahnhofstrasse@victoria-apotheke.ch kontaktieren.
Unsere Allgemeinen Geschäftsbedingungen finden Sie unter: <http://www.victoria-apotheke.ch>