

Rezeptbegleitschein

Bitte füllen Sie den Fragebogen vollständig aus und senden Sie das ausgefüllte Formular zusammen mit Ihrer ärztlichen Verordnung an:

Löwen Rotpunkt Apotheke AG
Obere Bahnhofstrasse 45, 9500 Wil
loewen-apotheke-admin@ovan.ch

Ihre Angaben werden ausschliesslich für die Geschäftsbeziehung mit der Löwen Rotpunkt Apotheke AG verwendet und unterliegen dem Datenschutzgesetz.

Persönliche Angaben	
Geschlecht: ☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers	Sprache ☐ D ☐ F ☐ I ☐ E
Name	Vorname
Strasse	Nummer
PLZ	Ort
Geburtsdatum	E-Mail
Telefon	Mobil

Lieferadresse (falls nicht identisch mit Wohnadresse)	
☐ einmalig / ☐ immer	
Name	Vorname
Strasse	Nummer
PLZ	Ort

Krankenkassen- und Versicherungsangaben			
Grundversicherung:		Zusatzversicherung:	
Versichertennummer:		Versichertennummer:	
Kartennummer:		Kartennummer:	

Darf die Löwen Apotheke, falls notwendig, weitere Informationen bei der betreuenden Ärztin bzw Arzt anfragen? (Einverständniserklärung)	
☐ ja ☐ nein	
Kontaktangaben der betreuenden Ärztin bzw Arzt	
Dürfen verschriebene Präparate durch günstigere Generika ersetzt werden?	
☐ ja ☐ nein ☐ nur nach Rücksprache mit mir	
Darf Ihr Arzt die ärztliche Verordnung direkt an uns senden?	
☐ ja ☐ nein ☐ nur nach Rücksprache mit mir	

Ort, Datum _____ Unterschrift _____

Gesundheitsfragebogen

Damit wir Sie bestmöglich zur Arzneimitteltherapie beraten und arznei- sowie gesundheitsbezogene Probleme frühzeitig erkennen können, benötigen wir einige zusätzliche Informationen zu Ihrem Gesundheitszustand und Ihrer Medikation. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutzgesetz.

Persönliche Angaben	
Name	Vorname
Körpergrösse in cm	Gewicht in kg
Geschlecht ☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers	
<i>Hinweis: Die Angaben können Einfluss auf die Wirkung bzw Dosierung bestimmter Medikamente haben und sind daher für eine optimale Beratung relevant.</i>	

Bestehen bei Ihnen derzeit eine oder mehrere der folgenden gesundheitlichen Beschwerden oder Diagnosen?	
☐ Asthma / Atemwegsbeschwerden ☐ Blutgefässleiden / Bluthochdruck ☐ Diabetes ☐ Epilepsie ☐ Herzleiden / Kreislaufbeschwerden ☐ Hoher Augendruck ☐ Leber- / Gallenleiden	☐ Magen- / Darmleiden ☐ Muskelerkrankungen ☐ Nierenleiden / Dialysebehandlung ☐ Psychische Störungen, Depressionen, etc. ☐ Schilddrüsenerkrankungen ☐ Schlafstörungen ☐ Andere _____

Bestehen Unverträglichkeiten oder Allergien?	
☐ Aspirin / Acetylsalicylsäure ☐ Sulfonamide	☐ Penicillin ☐ Andere _____
Haben Sie einen Allergiepass? ☐ nein ☐ ja, bitte Kopie mitsenden	

Angaben zu Schwangerschaft und Stillzeit (nur relevant, falls Sie weiblich sind)	
Ich bin schwanger: ☐ nein ☐ ja, erwarteter Geburtstermin _____	
Ich stille: ☐ nein ☐ ja	

Nehmen Sie neben den auf dem Rezept verordneten Arzneimitteln weitere Medikamente ein? (Bitte geben Sie auch selbst gekaufte oder rezeptfreie Mittel wie Schmerzmittel, Vitamine, pflanzliche Präparate etc. an.)	

Ort, Datum _____ Unterschrift _____