

Formulaire de commande

Vos données personnelles

Madame Monsieur

- Français
 Allemand
 Italien

Prénom / Nom: _____

Rue / N°: _____

NPA / Localité: _____

Téléphone: _____

E-mail: _____

Date de naissance: _____

Adresse de livraison

Adresse identique à celle du domicile ci-dessus

Autre adresse: _____

Assurance-maladie

Base: _____ N° de police: _____

Complémentaire: _____ N° de police: _____

J'accepte qu'un générique moins cher me soit livré en remplacement du médicament original.

Veillez nous retourner ce formulaire accompagné de votre ordonnance originale à l'adresse suivante: Pharmacie **BENU** Oberdiesbach, Schloss-Strasse4, 3672 Oberdiessbach

Questionnaire de santé

Nous vous prions de bien vouloir remplir ce questionnaire en toute honnêteté et avec exactitude afin de permettre un traitement efficace de votre commande. Toutes les informations communiquées sont soumises à la protection des données.

Votre taille (cm): _____ Votre poids (kg): _____

Souffrez-vous de l'une des affections suivantes ?

- Troubles cardiaques Affections rénales Diabète
 Hypertension Rhumatismes Asthme
 Trouble de la coagulation Affections hépatique Aucune
 Autres maladies: _____

Souffrez-vous d'intolérances ou d'allergies? Non

Oui, lesquelles: _____

Prenez-vous d'autres médicaments en plus de ceux prescrits ?

Oui, lesquels: _____ Non

Si vous êtes une femme, êtes-vous enceinte ?

- Non
 Oui, date d'accouchement prévue: _____

Allaitez-vous ?

- Oui
 Non

Date: _____ Signature: _____

Imprimer





GAS/ECR/ICR

nicht frankieren
ne pas affranchir
non affrancare

A



50377510

000001



Pharmacie **BENU** Oberdiessbach
Schloss-Strasse 4
3672 Oberdiessbach

NOTE

Dès réception de votre nouvelle ordonnance chez **BENU**, une commande sera automatiquement générée. Si vous voulez éviter cela, veuillez l'indiquer clairement.