Drogerie-Bestellkarte

Kann auch ohne Medikamentenbestellung eingereicht werden.

Kunde:

☐ siehe Rezept-Begleitkarte
(Adresse nur ausfüllen, falls keine Medikamentenbestellung)

○ Frau
○ Mann

Kunden-Nr. xtrapharm
(falls Sie bereits Kunde sind)

Name

Vorname

Strasse

PLZ Ort

Telefon (tagsüber)

eMail-Adresse

Bestellung:

Formular ausfüllen und faxen oder drucken und senden an: xtrapharm, Bandwiesstrasse 4, 8630 Rüti

Bestell-Fax: 044 533 12 33
Bestell-Telefon: 0848 100 000

oder einfach per Knopf (oben) über eMail senden.

Konditionen ohne Medikamente:

CHF 6.- Porto bei Bestellwert bis 50.-
CHF 4.- Porto bei Bestellwert bis 100.-
kostenlose Lieferung bei Bestellwert ab CHF 100.-
kostenlose Lieferung mit einem Rezept

Zahlungsart für Drogerieprodukte:

○ per Nachnahme (+CHF 8.50)
○ per Kreditkarte
○ auf Rechnung
(nur für bestehende Kunden)

○ Mastercard ○ Visa

Karten-Nr.

Karte gültig bis:

Artikelbestellung:

5% Rabatt auf das gesamte Drogeriesortiment
5% auf die Antibaby-Pille und andere Verhütungsmittel

Artikelbezeichnung	Preis/ Einheit	Menge	Total Preis

Total Bestellwert CHF

Ort/Datum:

Unterschrift:

xph-03.12

Rezept-Begleitkarte

Bitte Zutreffendes ankreuzen:

Korrespondenz:
Sprache: ○ Deutsch ○ Französisch ○ Italienisch

☐ gerne abonniere ich den kostenlosen Newsletter von xtrapharm

Kunde:

○ Frau
○ Mann

Kunden-Nr. xtrapharm
(falls Sie bereits Kunde sind)

Name

Vorname

Strasse

PLZ Ort

Bitte nennen Sie uns Ihre Telefonnummer. Wir rufen Sie nur für allfällige Rückfragen bezüglich Ihrer Bestellung, diskret und nur tagsüber während Bürozeiten an.

Telefon (tagsüber)

Geburtsdatum (DDMMJJJJ)

eMail-Adresse

Lieferadresse (falls abweichend):

○ einmalig für diese Bestellung ○ immer an folgende Adresse

Adresse, PLZ, Ort

BMI (Body-Mass-Index):

Ihre Körpergrösse cm Ihr aktuelles Gewicht kg

Ihr BMI misst

Versicherung:

Krankenversicherung (Grundversicherung)

Mitgliedsnummer (Grundversicherung)
(falls vorhanden)

Krankenversicherung (Zusatzversicherung)
(falls vorhanden)

Mitgliedsnummer (Zusatzversicherung)
(falls vorhanden)

Per E-Mail senden

Formular drucken

Fragen zur Erhöhung Ihrer Arzneimittelsicherheit

Die Angaben unterliegen dem Datenschutz und werden vertraulich behandelt.
Bei Bestellung von Medikamenten ist die Beantwortung dieser Fragen vorgeschrieben.

Bei Schwangerschaft und Stillzeit:

Sind Sie schwanger? ○ ja ○ nein Sie sind in der Woche.
Stillen Sie? ○ ja ○ nein

Leiden Sie unter einer der folgenden Beschwerden?

☐ Diabetes
☐ Bluthochdruck
☐ Blutgerinnungsstörungen
☐ Bronchialasthma
☐ andere Krankheiten
☐ Herz-Kreislauf-Erkrankungen
☐ Lebererkrankungen
☐ Nierenerkrankungen
☐ Allergien (welche?)

Wie sollen wir vorgehen, wenn zu den Ihnen verschriebenen Original-präparaten pharmazeutisch identische Generika existieren?

○ Ersetzen Sie mein Präparat durch ein preiswerteres Generikum.

○ Kontaktieren Sie mich zuvor ○ Liefern Sie mir das Originalpräparat

Welche Medikamente nehmen Sie zusätzlich zu jenen auf Ihrem Rezept?

☐ Bitte um Rückruf und Unterstützung

Vollmacht:

Ich bin damit einverstanden, dass mein Arzt die ärztliche Verordnung direkt an xtra pharm übermittelt.

○ ja ○ nein

Datum:

Unterschrift:

xph-03.12