

**Essayez maintenant:  
envoyez l'ordonnance,  
recevez les médicaments  
par la poste et faites  
des économies.**

**0=**

pour la validation des médicaments  
pour la validation des traitements  
pour l'envoi

**5%** au moins de rabais  
pour les nouveaux clients

Envoyez l'ordonnance originale de votre médecin avec cette fiche réponse à

**MediService SA, Ausserfeldweg 1, 4528 Zuchwil.**

Vos médicaments vous seront envoyés par la poste en toute simplicité sous deux ou trois jours.

Notre service clientèle se tient à votre disposition au **numéro de téléphone 0848 40 80 40.**

15PDS0001F\_a

## Carte d'accompagnement

(veuillez la remplir et cocher ce qui convient)

- Je commande les médicaments selon l'/les ordonnance(s) ci-jointe(s).  
 Je souhaite m'inscrire. J'enverrai mon ordonnance par la suite.  
 Madame  Monsieur Langue:  F  A  I

Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Rue / n° \_\_\_\_\_

NPA / localité \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_

- Adresse de livraison identique à celle du domicile ci-dessus  
 Autre adresse de livraison  une fois  toujours

Date de livraison souhaitée \_\_\_\_\_

Mes données d'assurance

(renseignez les rubriques ou joignez une copie de votre carte d'assuré)

Assurance de base

N° d'assurance

Assurance complémentaire

N° d'assurance

## Questionnaire de santé

Le questionnaire de santé est facultatif. Toutes les informations communiquées sont soumises à la protection des données.

Votre taille en \_\_\_\_\_ cm      Votre poids actuel en \_\_\_\_\_ kg

### Souffrez-vous de l'une des affections suivantes?

- Trouble de la fonction thyroïdienne  Diabète  
 Pression intraoculaire élevée  Troubles cardiaques  
 Asthme  Rhumatismes  
 Hypertension  Maladie de l'estomac/  
de l'intestin  
 Autres \_\_\_\_\_

### Souffrez-vous d'intolérance ou d'allergie aux substances suivantes?

- Pénicilline  Sulfamidés  Aspirine  
 Autres \_\_\_\_\_

### Prenez-vous des médicaments en plus de ceux qui vous ont été prescrits?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Etes-vous enceinte?

- Oui  Non

Si «oui», date prévue pour l'accouchement \_\_\_\_\_

### Allaitez-vous?

- Oui  Non

Date \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_