

# Anmeldeformular

*Bitte per e-Mail, Fax oder Post retournieren. Vielen Dank.*

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde

Als Versandapotheke sind wir dazu verpflichtet, die Verschreibungs- und Bezugsberechtigung unserer Kunden sicherzustellen, bevor wir deren Rezepte ausführen dürfen.

Wir danken Ihnen im Voraus für das Ausfüllen dieses Formulars und bitten Sie, uns dieses per Post zu retournieren.

Name:	.....	Praxis / Firma:	.....
Vorname:	.....	Tel.:	.....
Geburtsdatum:	.....	Fax:	.....
Adresse:	.....	E-Mail:	.....
PLZ / Ort:	.....		

Bitte ankreuzen:

- Ich bin im Besitz einer kantonalen Berufsausübungsbewilligung. Das entsprechende Dokument lege ich bei.
- In meinem Kanton liegt keine Bewilligungspflicht zur Berufsausübung vor.

Allfällige Änderungen des Praxisstandortes sowie Aufnahme oder Aufgabe von Praxisstandorten werde ich umgehend mitteilen.

Ich bestätige hiermit, über ausreichende Kenntnisse der TCM-Phytotherapie zu verfügen.

*Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass das Heilmittelgesetz ein ärztliches Rezept für den Versandhandel von Arzneimitteln voraussetzt. Um diese Forderung zu erfüllen, werden Ihre Verschreibungen von einem TCM-Arzt überprüft und formal in ein ärztliches Rezept überführt.*

*Dieses Verfahren ist aber für Patienten, die unter chronischen Krankheiten und speziellen Unverträglichkeiten leiden, nicht anwendbar. Patienten, die unter chronischen Krankheiten oder an speziellen Unverträglichkeiten leiden, sind an einen Arzt zu überweisen.*

Ich habe vom Inhalt dieses Formulars Kenntnis genommen und das Formular wahrheitsgetreu ausgefüllt.

Datum: ..... Ort: ..... Unterschrift: .....

Complemedis AG  
Leinfeldstr. 59  
CH-4632 Trimbach  
T +41 62 836 40 70  
F +41 62 836 40 71  
info@complemedis.ch  
www.complemedis.ch