



Carte d'accompagnement

Je commande les médicaments spécifiques suivants auprès de MediService

Madame Monsieur Langue F A I

Nom Prénom

Rue / n° NPA / lotcalié

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

Date Signature client

J'accepte que MediService transmette les données de mes retraits de médicaments à ma pharmacie (selon timbre/étiquette).

Questionnaire de santé

Veillez la remplir et cocher ce qui convient. 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?

Ettes-vous enceinte? Oui Non

Si «oui», date prévue pour l'accouchement _____

Allaites-vous? Oui Non

Date _____ Signature client _____

Interactions vérifiées à l'aide du dossier du patient à jour.

Remise des médicaments autorisée par MediService.

Date _____ Signature pharmacien(-ne) _____

02072