

Ordonnance

Merci de faxer l'ordonnance au:

032 686 28 05

MEDI SERVICE

Ausserfeldweg 1

Votre pharmacie spécialisée

4528 Zuchwil

Téléphone: 0800 220 222

E-mail: pharmacare@mediservice.ch

Coordonnées du médecin (évent. timbre du cabinet)	
Prénom, nom:	Tél.:
Cabinet/clinique:	N° RCC:
Rue/N°:	Fax:
NPA/localité:	E-mail:
Coordonnées du patient (évent. étiquette du patient)	
Prénom, nom:	Tél.:
Rue/N°:	Langue: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> I
NPA/localité:	Assurance maladie:
Date de naissance:	N° police d'ass.:

02207

Inflectra® subst sèche 100mg _____ nombre d'emballages

Posologie

Validité de l'ordonnance

Ponctuelle Renouvelable _____ mois Renouvelable _____ répétitions

Garantie de prise en charge

Déjà demandée (Merci d'envoyer une copie au numéro ci-dessus)

Perfusion :

Le médecin souhaite que la pose des perfusions soit faite par MediService Home Care Team
 au cabinet médical
 au domicile du patient (Les 3 premières perfusions doivent être posées au cabinet médical / à l'hôpital)

Accessoires

Inflectra Filter Intrapur normal für Infusionsset _____ nombre d'emballages
 Inflectra Aqua ad inject 10 ml à 20 Stk 1 nombre d'emballages
 Inflectra Aqua ad Inj Ecoflac plus 100 ml à 20 Stk 1 nombre d'emballages

Autre(s) médicament(s) nécessaire(s):

Rp. Médicament(s) Nom, forme galénique, dosage, taille d'emballage	Conditionnement	Quantité d'emballage	Validité	Posologie

Adresse de livraison

Adresse du patient ci-dessus
 Adresse du médecin ci-dessus
 Adresse de livraison (CH) ci-contre

Merci d'indiquer si une date de livraison précise est souhaitée.

Livraison le: _____

Signature du médecin

Important: le patient, pour se procurer le médicament auprès de MediService, a accepté la transmission de l'ordonnance par fax et selon désir, la pose des perfusions par MediService Home Care Team (prière de confirmer au moyen de la signature du médecin). J'accepte par la présente que MediService transmette mes coordonnées au fabricant en cas d'événements indésirables afin que celui-ci puisse me contacter directement en cas de question.

Date

Timbre / Signature