

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

Vabysmo® sol inj 6 mg/0.05 ml (1 pce) _____ **Nombre d'emballages**

Posologie _____

Validité de l'ordonnance Ordonnance ponctuelle Ordonnance renouvelable _____ mois
 Ordonnance renouvelable _____ répétitions

Indication selon la liste des spécialités Dégénérescence maculaire liée à l'âge exsudative (humide) (DMLA)
 Perte de vision due à un œdème maculaire diabétique (OMD)

Limitatio selon la liste des spécialités L'application, le premier examen ou la confirmation du diagnostic s'effectue par un ophtalmologiste qualifié dans une clinique/centre A, B ou C (conformément à la liste des centres de formation continue de la FMH: www.siwf-register.ch)
www.spezialtaetenliste.ch
 (statut octobre 2022)

Oeil à traiter oeil droit oeil gauche deux yeux
En cas de traitement simultané des deux yeux, une garantie de prise en charge des frais est nécessaire !

Garantie de prise en charge Déjà demandée (*merci de nous envoyer une copie*)
 A demander par MediService: MediService s'occupe d'établir et d'envoyer la demande de prise en charge auprès des caisses-maladies.

Justification d'un traitement simultané des deux yeux

Adresse de livraison Adresse du médecin ci-dessus Pharmacie d'hôpital ci-contre
 Adresse de livraison (CH) ci-contre

Merci d'indiquer si une date de livraison précise est souhaitée. Livraison le: _____

Important:
 Le docteur / la doctoresse confirme par sa signature que la patiente / le patient a consenti à la transmission de sa prescription, ainsi qu'à la remise de cette dernière par MediService. Le docteur / la doctoresse confirme également avec sa signature que ses coordonnées (sans nom de la patiente / du patient) peuvent être transmises au titulaire de l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) à des fins statistiques et en cas d'événements indésirables.

Signature du médecin

Avez-vous signé l'ordonnance? S.v.p. envoyer l'ordonnance à contact@mediservice.ch ou par fax au **032 686 20 30**.

Date, Timbre / Signature