

Ordonnance

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

Ponvory® emballage départ comprimés pelliculés (14 pcs) _____ **Nombre d'emballages**

Ponvory® traitement entretien comprimés pelliculés 20 mg (28 pcs) _____ **Nombre d'emballages**

Posologie _____

Validité de l'ordonnance Ordonnance ponctuelle Ordonnance renouvelable _____ mois
 Renouvelable _____ fois

Service Home Care Pour aider votre patient à gérer son traitement, un infirmier spécialisé de MediService prendra contact avec votre patient.

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

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

Livraison le: _____

Important:

Le médecin confirme par sa signature que le patient a consenti à la transmission de sa prescription, à l'encadrement Home Care ainsi qu'à la remise de cette dernière par MediService. Le médecin confirme également avec sa signature que ses coordonnées (sans nom 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