Ordonnance

MEDI SERVICE
Votre pharmacie spécialisée

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: ☐ F ☐ A ☐ I
Prénom / nom	Tél.
Rue / N°	Assurance maladie
NPA / localité	N° d'ass.
Date de naissance	E-mail

☐ **Copaxone®** sol inj 20 mg/ml seringues préremplies 1 ml (28 pcs) _____ **Nombre d'emballages**

☐ **Copaxone®** sol inj 40 mg/ml seringues préremplies 1 ml (12 pcs) _____ **Nombre d'emballages**

☐ **Copaxone® Pen** sol inj 40 mg/ml stylos préremplis 1 ml (12 pcs) _____ **Nombre d'emballages**

Posologie _____

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

Garantie de prise en charge SVK
☐ Pour les patients SVK, merci de nous transmettre la garantie de prise en charge

Service Home Care
☐ Le médecin souhaite l'accompagnement thérapeutique par l'équipe de MediService Home Care

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 docteur / la doctoresse confirme par sa signature que la patiente / 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 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.

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

Signature du médecin

Date, Timbre / Signature

02487

© MediService AG / Version: 22MSE0062DF_a