Ordonnance

MediService by Redcare

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:

☐ **Mayzent®** emballage de départ comprimés 0.25 mg (12 pcs) _____ **Nombre d'emballages**

☐ **Mayzent®** comprimés 1 mg (28 pcs) _____ **Nombre d'emballages**

☐ **Mayzent®** comprimés 2 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

02395

© MediService AG / Version: 21MSE0002DF_e