

Ricetta medica

Dati del medico (timbro dello studio medico)	
Nome, cognome:	Tel.:
Ambulatorio/clinica:	N° RCC/GLN:
Via/N°:	Fax:
NPA/Località:	E-mail:
Dati del paziente (etichetta paziente)	
	Lingua <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> T
Nome, cognome:	Tel.:
Via/N°:	Cassa malati:
NPA/Località:	N° cassa malati:
Data di nascita:	E-mail:

APO-go® Pen Apomorfina cloridrato 30 mg/3 ml (5 pz) _____ **Quantità confezioni**

Domperidon Lingual Spirig HC 10 mg (30 pz) _____ **Quantità confezioni**

Accessori per l'iniezione: Tamponi alcolici, compresse e contenitore per rifiuti

Posologia: _____

Validità della ricetta Ricetta singola Ricetta ripetibile _____ mesi Ripetibile _____ volte

Garanzia di pagamento della cassa malati Già ottenuta (la preghiamo di allegare una copia)

Servizio Home Care Il medico desidera l'istruzione d'iniezione e l'accompagnamento terapeutico di un infermiere Parkinson di MediService: si no

Indirizzo di consegna Indirizzo del paziente summenzionato Indirizzo del medico summenzionato
 Altro indirizzo di consegna (CH), a lato Farmacia dell'ospedale, a lato

Specificare se si desidera un'altra data di consegna. Consegna il: _____

Importante
 Il medico conferma con la sua firma che la/il paziente è d'accordo con la trasmissione della prescrizione, di accompagnamento terapeutico e dell'acquisto presso MediService e che i dati del medico (senza nome della / del paziente) possono essere trasmessi a fini statistici e in caso d'eventi avversi del farmaco al fabbricante del farmaco.

Ha firmato la ricetta? La preghiamo di mandare la ricetta a contact@mediservice.ch oppure tramite fax al numero **032 686 20 30**.

Firma del medico

Data, Timbro / Firma