

# 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:

**Sondelbay®** sol ini 20 mcg / 80 mcl penna iniettabile preriempita 2.4 ml (1 pz) \_\_\_\_\_ **Quantità confezioni**

**Accessori**

Aghi per iniezione (105 pz)  5 mm  8 mm

Tamponi alcolici sterili (100 pz)

contenitore per rifiuti (1 Stk)

**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)

Garanzia di pagamento non è necessaria

**Servizio Home Care** Il medico desidera un corso di formazione sull'iniezione e un accompagnamento terapeutico da parte del personale infermieristico specializzato MediService  sì  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 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 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](mailto:contact@mediservice.ch) oppure tramite fax al numero **032 686 20 30**.

**Firma del medico**

Data, Timbro / Firma