Ricetta medica

MediService by Redcare

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 ☐ I ☐ F ☐ T
Nome, cognome:	Tel.:
Via/N°:	Cassa malati:
NPA/Località:	N° cassa malati:
Data di nascita:	E-mail:

Farmaco (Nome, forma galenica, dosaggio, confezione)	**Numero di confezioni**	**Posologia**

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

Codice di indicazione (se necessario) _____

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

Osservazione Per le ricette ripetibili inviamo generalmente i farmaci per 3 mesi. Se al momento **non** si desidera alcuna consegna, la preghiamo di indicarlo con “non disp”.

Ulteriori informazioni _____ _____ _____

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** oppure tramite fax al numero **032 686 20 30.**

Firma del medico

Data, Timbro / Firma

02314

© MediService AG / Version: 14ANDPHC01DFI_i