

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 ☐ 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		
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.		Firma del medico
Ha firmato la ricetta? La preghiamo di mandare la ricetta a contact@mediservice.ch oppure tramite fax al numero 032 686 20 30 .		Data, Timbro / Firma