

Données du médecin (timbre du cabinet)	
Prénom / nom:	Tél.:
Cabinet / clinique:	N° RCC / GLN:
Rue / n°:	Fax:
NPA / localité:	E-mail:
Données de la patiente / du patient (étiquette patient)	
Langue du patient ☐ A ☐ F ☐ I	
Prénom / nom:	Tél.:
Rue / n°:	E-mail:
NPA / localité:	Assurance maladie:
Date de naissance:	N° d'ass.:
Numéro de décision (AI):	

1 x Deprexis® application de santé numérique (dGa) interactive pour la thérapie cognitivo-comportementale
Pharmacode 1187001

Validité de l'ordonnance ☒ Ordonnance unique (pour 90 jours)

Mon patient a été informé que la transmission de l'ordonnance sera effectuée par le cabinet.

Par la présente, j'autorise expressément le médecin traitant à transmettre l'ordonnance établie à mon nom directement à la pharmacie suivante: contact@mediservice.ch.

Mon patient a été informé que des frais de CHF 78.– seront à sa charge.

Je confirme également avoir été informé/e que cette prestation / ce traitement entraîne des frais supplémentaires de CHF 78.–, dont je devrai m'acquitter moi-même. Mon adresse e-mail peut être utilisée pour des questions et des confirmations en lien avec cette ordonnance.

À quelle catégorie de spécialistes appartenez-vous?

- ☐ Médecins spécialistes en psychiatrie et psychothérapie
- ☐ Médecins spécialistes en psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents
- ☐ Médecins titulaires du diplôme de formation approfondie interdisciplinaire en médecine psychosomatique et psychosociale
(Programme de formation postgraduée du 1^{er} janvier 2000, révisé le 13 juin 2019)
- ☐ Aucun des groupes de médecins mentionnés ci-dessus (=> limitation non remplie → les coûts sont entièrement à la charge du patient)



Attention: l'adresse e-mail de la patiente / du patient doit impérativement être indiquée pour l'envoi des codes d'accès.

Important Le médecin confirme par sa signature que le patient a consenti à la transmission de sa prescription, 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? Veuillez envoyer l'ordonnance à contact@mediservice.ch ou par fax au 032 686 20 30 .	Date, timbre / signature