

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

1 x deprexis® ASD interattiva per la terapia cognitivo-comportamentale

Codice farmaceutico
1187001Validità della ricetta ☒ Ricetta singola (1 licenza per 90 giorni)

Con la mia firma confermo che:

il/la mio/a paziente è stato/a informato/a che la trasmissione della ricetta avviene a cura dello studio medico.

Autorizzo espressamente il medico curante a trasmettere a mio nome la ricetta emessa direttamente alla seguente farmacia:
contact@mediservice.ch.

il/la mio/a paziente è stato/a informato/a che dovrà sostenere costi pari a CHF 78.–.

Confermo inoltre di essere stato/a informato/a che questo servizio/trattamento comporta costi aggiuntivi pari a CHF 78.– (spese effettive) a mio carico. Il mio indirizzo e-mail può essere utilizzato per domande e conferme relative a questa ricetta.

A quale categoria di medici appartiene?

- ☐ Medici specialisti in psichiatria e psicoterapia
- ☐ Medici specialisti in psichiatria e psicoterapia infantile e adolescenziale
- ☐ Medici con specializzazione interdisciplinare in medicina psicosomatica e psicosociale
(programma di perfezionamento del 1° gennaio 2000, riveduto il 13 giugno 2019)
- ☐ Nessuna delle categorie di medici sopra menzionate (= limitazione non soddisfatta → costi interamente a carico del paziente)



Attenzione: per l'invio dei codici di accesso è obbligatorio indicare un indirizzo e-mail del/della paziente.

Importante

Il medico conferma con la sua firma che il paziente è d'accordo con la trasmissione della prescrizione, 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