Ordonnance

MediService by Redcare

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

☐ **APO-go® Pen** chlorhydrate d'apomorphine 30 mg/3 ml (5 pcs) _____ **Nombre d'emballages**

☐ Domperidon Lingual Spirig HC 10 mg (30 pcs) _____ **Nombre d'emballages**

☐ Accessoires d'injection: Tampons d'alcool, compresses, récipient de déchets

Posologie _____

Validité de l'ordonnance ☐ Ordonnance ponctuelle ☐ Ordonnance renouvelable ___ mois ☐ Renouvelable ___ fois

Garantie de prise en charge ☐ Déjà obtenue auprès de l'assurance du patient (merci de nous en envoyer une copie)

Service Home Care Le médecin souhaite l'accompagnement thérapeutique par une infirmière Parkinson de MediService: ☐ oui ☐ non

Adresse de livraison

☐ Adresse du patient ci-dessus
☐ Adresse de livraison (CH)
☐ Adresse du médecin ci-dessus
☐ Pharmacie d'hôpital

_____

_____

_____

_____

Merci d'indiquer si une date de livraison précise est souhaitée. Livraison le: _____

Important:
Le médecin confirme par sa signature que le patient a consenti à la transmission de sa prescription, à l'encadrement Home Care 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.

Avez-vous signé l'ordonnance? S.v.p. envoyer l'ordonnance à **contact@mediservice.ch** ou par fax au **032 686 20 30**.

Signature du médecin

Date, Timbre / Signature

02577

© MediService AG / Version: 24MSE0026DF_b