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:

☐ **Terrosa®** sol inj 250 mcg/ml cartouche 2.4 ml (1 pce) _____ **Nombre d'emballages**

☐ **Terrosa®** sol inj 250 mcg/ml kit stylo + cartouche 2.4 ml (1 pce) _____ **Nombre d'emballages**

Accessoires

Aiguilles à injection (105 pcs) ☐ 5 mm ☐ 8 mm
☐ Compresses stériles imbibées d'alcool
☐ Récipient pour déchets

Posologie _____

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

Garantie de prise en charge

☐ Une garantie de prise en charge n'est pas nécessaire (indication selon la liste des spécialités)
☐ 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 un infirmier MediService:
☐ Oui ☐ Non

Adresse de livraison

☐ Adresse du patient ci-dessus ☐ Adresse du médecin ci-dessus
☐ Adresse de livraison (CH) ☐ 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

02575

© MediService AG / Version: 24MSE0024DF_b