Ricetta medica

MediService by Redcare

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:

☐ **Dupixent®** (Dupilumab) siringa preriempita sol iniettabile 300mg/2ml (2 pz)	_____ **Quantità confezioni**
☐ **Dupixent®** (Dupilumab) penna preriempita sol iniettabile 300mg/2ml (2 pz)	_____ **Quantità confezioni**
☐ **Dupixent®** (Dupilumab) siringa preriempita sol iniettabile 200mg/1.14ml (2 pz)	_____ **Quantità confezioni**
☐ **Dupixent®** (Dupilumab) penna preriempita sol iniettabile 200mg/1.14ml (2 pz)	_____ **Quantità confezioni**
☐ Soft Zellin compresse imbevute di alcool (100 pz)	_____ **Quantità confezioni**

Posologia _____

Validità della ricetta	☐ Ricetta singola ☐ Ricetta ripetibile _____ mesi ☐ Ripetibile _____ volte
Indicazione	☐ Dermatite atopica ☐ Asma ☐ Rinosinusite cronica con poliposi nasali ☐ antre_____
Garanzia di pagamento della cassa malati	☐ Già ottenuta (la preghiamo di allegare una copia) ☐ Per le indicazioni dermatite atopica, asma o rinosinusite cronica con poliposi nasali: da richiedere tramite MediService. Le verrà inviato l'apposito modulo di garanzia di pagmento dei costi, con la richiesta di ritornarlo compilato. (MediService si occupa di presentare la domanda di garanzia d'assunzione dei costi alla cassa malati)
Servizio Home Care	Il medico desidera l'istruzione Dupixent con successivo accompagnamento terapeutico di un infermiere di MediService ☐ sì ☐ no

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.

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

02408

© MediService AG / Version: 17ANDPHC01DFI_h