

Ordonnance

Merci de faxer l'ordonnance au:
032 686 28 05

MEDI SERVICE

Votre pharmacie spécialisée

Ausserfeldweg 1

4528 Zuchwil

téléphone: 0800 220 222

e-mail: pharmacare@mediservice.ch

Médecin / Le timbre du cabinet médical	
Titre, prénom, nom:	Tél.:
Cabinet / Clinique:	N°CCMS/EAN:
Rue/N°:	Fax:
NPA/Localité:	Courriel:
Adresse de la personne assurée/patient(e) / L'étiquette du patient(e)	
Prénom, Nom:	Tél.:
Rue/N°:	Langue: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> I
NPA/Lieu:	Assurance:
Date de naissance:	N° police d'assurance:

- ERELZI[®] SensoReady[®] 50 mg/ 1ml sytlo prérempli (2 pces) _____ quantité d'emballages
- ERELZI[®] sol inj 50 mg/ 1ml seringue préremplie (2 pces) _____ quantité d'emballages
- ERELZI[®] sol inj 25 mg/ 0.5ml seringue préremplie (4 pces) _____ quantité d'emballages

Posologie

Validité de l'ordonnance

- Ponctuelle Renouvelable _____ mois Renouvelable _____ répétitions

Garantie de prise en charge

- Déjà demandée (Merci de faxer une copie au numéro ci-dessus)

Autre(s) médicament(s) nécessaire(s):

Rp. Médicament(s) Nom, forme galénique, dosage, taille d'emballage	Conditionnement	Quantité d'emballage	Validité	Posologie

Adresse de livraison

- À l'adresse du patient(e) susmentionnée _____
- À l'adresse du médecin susmentionnée _____
- En pharmacie d'hôpital (ci-contre) _____
- Autre (ci-contre) _____

Si une date de livraison spécifique est souhaitée, veuillez l'indiquer à côté Livraison le: _____

Signature du médecin

Important: le patient, pour se procurer le médicament auprès de MediService, a accepté la transmission de l'ordonnance par fax (prière de confirmer au moyen de la signature du médecin).
J'accepte par la présente que MediService transmette mes coordonnées au fabricant en cas d'événements indésirables afin que celui-ci puisse me contacter directement en cas de question.

Date

Timbre/Signature