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:

☐ **Forsteo®** cartouche (stylo prérempli) sol inj 2.4 ml (250 µg/ml) _____ **Nombre d'emballages**

Accessoires
Aiguilles à injection ☐ 5 mm ☐ 8 mm
Compresses stériles imbibées d'alcool ☐ 100 pcs.

Posologie _____

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

Service Home Care
Le médecin souhaite l'accompagnement thérapeutique par un infirmier MediService:
☐ Oui ☐ Non

Remarques
_____
_____
_____
_____

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

02471
© MediService AG / Version: 22MSE0048DFI_b