0247

© MediService AG / Version: 22MSE0048DFI_b

Ricetta medica



| 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: |
| □ Forsteo® (penna pre-riempita) soluzione iniettabile 2.4 ml (250 μg/ml)Quantità confezioni | | |
| Accessori | Aghi per iniezione ☐ 5 mm ☐ 8 mm Compresse inbevute di alcol sterilizzate ☐ 100 pezzi | |
| Posologia | | |
| Validità della ricetta | ☐ Ricetta singola ☐ Ricetta ripetibile mesi ☐ Ripetibile volte | |
| Servizio Home Care | Il medico desidera l'accompagnamento terapeutico di un infermiere di MediService: \square sì \square no | |
| Osservazioni | | |
| Indirizzo di consegna | ☐ Indirizzo del paziente☐ Altro indirizzo di cons | |
| 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 | | |
| | opure tramite fax al numero 032 686 | Data, Timbro / Firma |