

# Ricetta medica

**MEDI SERVICE**

La sua farmacia specializzata

**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)**

Nome, cognome:	Lingua <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> T	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  
Comprese inbevute di alcol sterilizzate     100 pezzi

**Posologia** \_\_\_\_\_

**Validità della ricetta**     Ricetta singola     Ricetta ripetibile \_\_\_\_\_ mesi     Ripetibile \_\_\_\_\_ volte

**Accompagnamento terapeutico**     Il medico desidera l'accompagnamento terapeutico da parte del Home Care Team

**Osservazioni** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Indirizzo di consegna**     Indirizzo del paziente summenzionato     Indirizzo del medico summenzionato  
 Altro indirizzo di consegna (CH)     Farmacia dell'ospedale

---

---

---

---

Specificare se si desidera un'altra data di consegna.

Consegna il: \_\_\_\_\_

**Importante**

Il medico conferma con la sua firma che la/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 della / 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](mailto:contact@mediservice.ch) oppure tramite fax al numero **032 686 20 30**.

**Firma del medico**

Data, Timbro / Firma