

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: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> I	
Prénom, nom:	Tél.:
Rue/N°:	Assurance maladie:
NPA/localité:	N° d'ass.:
Date de naissance:	E-mail:

<input type="checkbox"/> ERELZI® SensoReady® 50 mg/1 ml stylo prérempli (2 pces)	_____	quantité d'emballages
<input type="checkbox"/> ERELZI® sol inj 50 mg/1 ml seringue préremplie (2 pces)	_____	quantité d'emballages
<input type="checkbox"/> ERELZI® sol inj 25 mg/0.5 ml seringue préremplie (4 pces)	_____	quantité d'emballages
<input type="checkbox"/> HYRIMOZ® SensoReady® 40 mg/0.8 ml stylo prérempli (1 pce)	_____	quantité d'emballages
<input type="checkbox"/> HYRIMOZ® SensoReady® 40 mg/0.8 ml stylo prérempli (2 pces)	_____	quantité d'emballages
<input type="checkbox"/> HYRIMOZ® SensoReady® 40 mg/0.8 ml stylo prérempli (6 pces)	_____	quantité d'emballages
<input type="checkbox"/> HYRIMOZ® sol inj 20 mg/0.4 ml seringue préremplie (2 pces)	_____	quantité d'emballages
<input type="checkbox"/> HYRIMOZ® sol inj 40 mg/0.8 ml seringue préremplie (1 pce)	_____	quantité d'emballages
<input type="checkbox"/> HYRIMOZ® sol inj 40 mg/0.8 ml seringue préremplie (2 pces)	_____	quantité d'emballages
<input type="checkbox"/> HYRIMOZ® sol inj 40 mg/0.8 ml seringue préremplie (6 pces)	_____	quantité d'emballages

Posologie _____

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

Garantie de prise en charge Déjà demandée (*merci de nous envoyer une copie*)

Adresse de livraison Adresse du patient ci-dessus Adresse du médecin ci-dessus
 Adresse de livraison (CH) ci-contre Pharmacie d'hôpital ci-contre

Merci d'indiquer si une date de livraison précise est souhaitée. Livraison le: _____

<p>Important: Le docteur / la doctoresse confirme par sa signature que la patiente / le patient a consenti à la transmission de sa prescription, ainsi qu'à la remise de cette dernière par MediService. Le docteur / la doctoresse confirme également avec sa signature que ses coordonnées (sans nom de la patiente / 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.</p> <p>Avez-vous signé l'ordonnance? S.v.p. envoyer l'ordonnance à contact@mediservice.ch ou par fax au 032 686 20 30.</p>	<p>Signature du médecin</p> <p>_____</p> <p>Date, Timbre / Signature</p>
---	---