

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:

Médicament	Nombre emballages	Posologie
Nom, forme galénique, dosage, taille d'emballage		

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

Garantie de prise en charge (si nécessaire): Déjà obtenue auprès de l'assurance du patient (merci de nous en envoyer une copie)

Remarques: *Pour les ordonnances renouvelables, nous livrons en général les médicaments pour trois mois. Si vous ne souhaitez aucune livraison pour le moment, veuillez indiquer «non disp».*

Plus d'informations: _____

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, accompagnement thérapeutique 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