



Ordonnance

MEDI SERVICE

Apotheke Farmacia Pharmacie

Pharmacie spécialisée MediService
Ausserfeldweg 1, 4528 Zuchwil
Team Pharma Care
Tel: 032 - 686 20 17

Veillez la renvoyer par fax au:
032 - 686 28 05
pharmacie spécialisée MediService

Adresse Médecin	
Dr. méd	Tél
.....	N°CCMS/ EAN.....
N°/rue	Fax
NPA/Lieu	e-mail

Adresse de la personne assurée / du patient	
Nom, prénom	Tél.
N°/rue.	Langue <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> I
NPA/Lieu	Caisse-maladie
Date de naissance	N°assuré.

Rp.: Volibris® comprimés (Ambrisentan)

Volibris® 5 mg 30 comprimés: (Nombre d'emballages)Volibris® 10 mg 30 comprimés : (Nombre d'emballages)Dosage: 1 comprimé par jour; autre dosage: _____

Ordonnance valable jusqu'au: ____ . ____ . ____

Livraison le: ____ . ____ . ____ (la livraison suit, selon confirmation téléphonique)

Adresse de livraison: à l'adresse du patient / de la patiente
 à l'adresse du médecin sus-mentionné
 autre _____

Signature du médecin

Important:

Le patient a approuvé l'achat et la transmission de prescription de Volibris® à MediService (confirmer avec la signature du médecin).

Date _____ Timbre/Signature _____