Ricetta medica / Registrazione iniezione a domicilio

MediService by Redcare

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:

☐ **Amvuttra®** sol ini 25 mg / 0.5 ml siringa preriempita (1 pz) _____ **Quantità confezioni**

☐ Accessori per l'iniezione: tamponi alcolici, compresse e contenitore per rifiuti

Posologia	La dose raccomandata di Amvuttra è di 25 mg, somministrata come iniezione sottocutanea una volta ogni 3 mesi. Per informazioni aggiornate, consultare sempre l'informazioni professionali.
Validità della ricetta	☐ Ricetta singola ☐ Ricetta ripetibile _____ mesi ☐ Ripetibile _____ volte
Garanzia di pagamento della cassa malati	☐ Già ottenuta (la preghiamo di allegare una copia)
Servizio di iniezione	Il medico desidera che l'iniezione a domicilio sia effettuata da un infermiera/e MediService: ☐ Sì ☐ No Le iniezioni a domicilio sono possibili a partire dalla seconda iniezione.

Indirizzo di consegna

☐ Indirizzo del paziente summenzionato ☐ Indirizzo del medico summenzionato
☐ Altro indirizzo di consegna (CH), a lato ☐ Farmacia dell'ospedale, a lato

_____
_____
_____
_____

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** oppure tramite fax al numero **032 686 20 30.**

Firma del medico

Data, Timbro / Firma

02546

© MediService AG / Version: 23MSE0028DF_b