Ricetta medica

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:

☐ **APO-go® Pen** Apomorfina cloridrato 30 mg/3 ml (5 pz) _____ **Quantità confezioni**

☐ Domperidon Lingual Spirig HC 10 mg (30 pz) _____ **Quantità confezioni**

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

Posologia: _____

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 Home Care	Il medico desidera l'istruzione d'iniezione e l'accompagnamento terapeutico di un infermiere Parkinson di MediService: ☐ si ☐ no

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 il paziente è d'accordo con la trasmissione della prescrizione, di accompagnamento terapeutico e dell'acqui-sto presso MediService e che i dati del medico (senza nome 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

02577

© MediService AG / Version: 24MSE0026DF_b