

Ricetta medica

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 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> T
Nome, cognome:	Tel.:
Via/N°:	Cassa malati:
NPA/Località:	N° cassa malati:
Data di nascita:	E-mail:
<input type="checkbox"/> Hemlibra ® sol ini 12 mg/0.4 ml s.c. fiala (1 pz) _____ Numero di confezioni <input type="checkbox"/> Hemlibra ® sol ini 30 mg/ml s.c. fiala (1 pz) _____ Numero di confezioni <input type="checkbox"/> Hemlibra ® sol ini 60 mg/0.4 ml s.c. fiala (1 pz) _____ Numero di confezioni <input type="checkbox"/> Hemlibra ® sol ini 105 mg/0.7 ml s.c. fiala (1 pz) _____ Numero di confezioni <input type="checkbox"/> Hemlibra ® sol ini 150 mg/ml s.c. fiala (1 pz) _____ Numero di confezioni <input type="checkbox"/> Hemlibra ® sol ini 300 mg/2 ml s.c. fiala (1 pz) _____ Numero di confezioni Kit d'iniezione per applicazione sottocutanea <input type="checkbox"/> Kit V6 1 ml (1 pz) <input type="checkbox"/> Kit V7 2 ml (1 pz) _____ Numero di confezioni <input type="checkbox"/> Tamponi alcolici (100 pz) _____ Numero di confezioni <input type="checkbox"/> Tamponi asciutti (70 x 2 pz) _____ Numero di confezioni <input type="checkbox"/> Cerotti per iniezione (100 pz) _____ Numero di confezioni	
Posologia _____	
Validità della ricetta	<input type="checkbox"/> Ricetta singola <input type="checkbox"/> Ricetta ripetibile _____ mesi <input type="checkbox"/> Ripetibile _____ volte
Garanzia di pagamento della cassa malati	<input type="checkbox"/> Già ottenuta (la preghiamo di allegare una copia)
Servizio Home Care	<input type="checkbox"/> Il medico non desidera ricevere alcun supporto terapeutico da parte dal Team MediService Home Care. L'accompagnamento terapeutico comprende, tra l'altro, l'addestramento personale per l'auto-iniezione da parte di un infermiere specializzato di MediService.
Indirizzo di consegna	<input type="checkbox"/> Indirizzo del paziente summenzionato <input type="checkbox"/> Indirizzo del medico summenzionato <input type="checkbox"/> Altro indirizzo di consegna (CH), a lato <input type="checkbox"/> 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'acquisto 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.	Firma del medico _____ Data, Timbro / Firma
Ha firmato la ricetta? La preghiamo di mandare la ricetta a contact@mediservice.ch oppure tramite fax al numero 032 686 20 30 .	

02254

© MediService AG / Version: 18ANDPHC007DF_g