

Servizio per medicinali particolari

Timbro/etichetta

Scheda di accompagnamento

Ordino i seguenti farmaci particolari presso la Farmacia specializzata MediService SA

Signora Signor

Lingua I T F

Cognome

Nome

Via/N.

NPA/Località

Telefono

E-mail

Data di nascita

Indirizzo di consegna uguale al domicilio sopraindicato Altro indirizzo di consegna

Una volta Sempre

Data di consegna desiderata _____

I miei dati assicurativi (compilare o allegare una copia della tessera di assicurato)

Assicurazione di base

N. assicurazione

Assicurazione complementare

N. assicurazione

Data _____ Firma cliente _____

Dichiaro di accettare che MediService passi i miei dati sulle comande di farmaci effettuate alla mia farmacia (secondo il timbro/etichetta).

Questionario sulla salute

Si prega di compilare e barrare le caselle appropriate. La compilazione del questionario sulla salute è facoltativa. Tutte le informazioni sono soggette alla protezione dei dati.

Altezza corporea _____ cm Peso attuale _____ kg

Soffre di uno dei seguenti disturbi?

- Malattie della tiroide Diabete
 Pressione oculare elevata Cardiopatie
 Asma Reumatismi
 Pressione alta Problemi gastrointestinali

Altro _____

Sussistono intolleranze o allergie?

Penicillina Sulfamidici Aspirina

Altro _____

Quali farmaci assume oltre a quelli prescritti sulla ricetta?

È in corso una gravidanza? Sì No

Se «sì», data prevista del parto _____

Sta allattando? Sì No

Data _____ Firma cliente _____

Verificate le interazioni con attuale cartella paziente.
Consentita la dispensazione medicinali da parte di MediService.

Data _____ Firma farmacista _____