

Ordonnance

Coordonnées du médecin (timbre du cabinet)

Prénom / nom	Tél.
Cabinet / clinique	N° RCC / GLN
Rue / N°	Fax
NPA / localité	E-mail

Coordonnées du patient (étiquette du patient)

Langue du patient: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> I	
Prénom / nom	Tél.
Rue / N°	Assurance maladie
NPA / localité	N° d'ass.
Date de naissance	E-mail

Wilate® subst sèche 500 UI c solv flacon (1 pce) _____ **Nombre d'emballages**

Wilate® subst sèche 1000 UI c solv flacon (1 pce) _____ **Nombre d'emballages**

Posologie _____

Validité de l'ordonnance

- Ordonnance ponctuelle Ordonnance renouvelable _____ mois
 Renouvelable _____ fois

Service Home Care

- Le médecin souhaite l'accompagnement thérapeutique par l'équipe de MediService Home Care

Adresse de livraison

- Adresse du patient ci-dessus Adresse du médecin ci-dessus
 Adresse de livraison (CH) ci-contre Pharmacie d'hôpital ci-contre

Merci d'indiquer si une date de livraison précise est souhaitée.

Livraison le: _____

Important:

Le docteur / la doctoresse confirme par sa signature que la patiente / le patient a consenti à la transmission de sa prescription, à l'encadrement Home Care ainsi qu'à la remise de cette dernière par MediService. Le docteur / la doctoresse confirme également avec sa signature que ses coordonnées (sans nom de la patiente / du patient) peuvent être transmises au titulaire de l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) à des fins statistiques et en cas d'événements indésirables.

Avez-vous signé l'ordonnance? S.v.p. envoyer l'ordonnance à contact@mediservice.ch ou par fax au **032 686 20 30**.

Signature du médecin

Date, Timbre / Signature