

Ordonnance

MEDI SERVICE

Votre pharmacie spécialisée

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:

- Octanate**® substance sèche 250 UI c solv + set application (1 pce) _____ **Nombre emballages**
- Octanate**® substance sèche 500 UI c solv + set application (1 pce) _____ **Nombre emballages**
- Octanate**® substance sèche 1000 UI c solv + set application (1 pce) _____ **Nombre 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

Autre(s) médicament(s) nécessaire(s) Nom, forme galénique, dosage, taille d'emballage	Nombre emballages	Posologie

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