

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

<input type="checkbox"/> AMGEVITA ® sol inj 40 mg/0.8 ml seringue préremplie (1 pce)	_____ Nombre d'emballages
<input type="checkbox"/> AMGEVITA ® sol inj 40 mg/0.8 ml seringues préremplies (2 pcs)	_____ Nombre d'emballages
<input type="checkbox"/> AMGEVITA ® sol inj 40 mg/0.8 ml seringues préremplies (6 pcs)	_____ Nombre d'emballages
<input type="checkbox"/> AMGEVITA ® sol inj 40 mg/0.8 ml stylo prérempli (1 pce)	_____ Nombre d'emballages
<input type="checkbox"/> AMGEVITA ® sol inj 40 mg/0.8 ml stylos préremplis (2 pcs)	_____ Nombre d'emballages
<input type="checkbox"/> AMGEVITA ® sol inj 40 mg/0.8 ml stylos préremplis (6 pcs)	_____ Nombre d'emballages
<input type="checkbox"/> AMGEVITA ® sol inj 20 mg/0.4 ml seringue préremplie (1 pce) <i>pour usage pédiatrique</i>	_____ Nombre d'emballages

Posologie _____

Validité de l'ordonnance Ordonnance ponctuelle Ordonnance renouvelable _____ mois
 Renouvelable _____ fois

Garantie de prise en charge Déjà demandée (*merci de nous envoyer une copie*)

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

02380

© MediService AG / Version: 20REZBUS013DF_b