

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)	
Nome, cognome:	Lingua <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> T
Via/N°:	Tel.:
NPA/Località:	Cassa malati:
Data di nascita:	N° cassa malati:
	E-mail:

- APO-go® Cartuccia** Apomorfina cloridrato 100mg/20 ml (5 pz) _____ **Quantità confezioni**
- Domperidon Lingual Spirig HC 10 mg (30 pz) _____ **Quantità confezioni**
- Pompa Crono Par4 20 (unica)

Ulteriori farmaci necessari: _____

Materiale	Quantità confezioni	Materiale	Quantità confezioni
APO-go neria guard 9 mm/110 cm (10 pz)		Combi-Stopper (100 pz)	
APO-go neria guard 9 mm/60 cm (10 pz)		CronoBell Sleeve (1 pz)	
APO-go neria guard 6 mm/60cm (10 pz)			

Dopo aver consultato il paziente, viene consegnato un kit di applicazione individuale. Questo include ad esempio tamponi alcolici, compresse, un contenitore per rifiuti.

Posologia	<input type="checkbox"/> Free Mode <input type="checkbox"/> Auto Mode <input type="checkbox"/> Bolus al giorno max. _____ volta _____ mg
	F1: Free Mode: _____ mg/h Auto Mode: dalle ore _____ alle ore _____
	F2: Free Mode: _____ mg/h Auto Mode: dalle ore _____ alle ore _____
	F3: Free Mode: _____ mg/h Auto Mode: dalle ore _____ alle ore _____
	Altezza: _____ cm Peso corporeo: _____ kg

Validità della ricetta Ricetta singola Ricetta ripetibile _____ mesi Ripetibile _____ volte

Garanzia di pagamento della cassa malati Già ottenuta (la preghiamo di allegare una copia)

Servizio Home Care Il medico desidera l'accompagnamento terapeutico di un infermiere Parkinson di MediService si no

Indirizzo di consegna

Indirizzo del paziente summenzionato Indirizzo del medico summenzionato

Altro indirizzo di consegna (CH), a lato Farmacia dell'ospedale, a lato

Specificare se si desidera un'altra data di consegna. Consegna il: _____

<p>Importante</p> <p>Il medico conferma con la sua firma che la/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 della / del paziente) possono essere trasmessi a fini statistici e in caso d'eventi avversi del farmaco al fabbricante del farmaco.</p> <p>Ha firmato la ricetta? La preghiamo di mandare la ricetta a contact@mediservice.ch oppure tramite fax al numero 032 686 20 30.</p>	<p>Firma del medico</p> <p>_____</p>
	<p>Data, Timbro / Firma</p> <p>_____</p>