

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

Tavneos® (Avacopan) capsule 10 mg 180 pz (per 30 giorni) _____ **Quantità confezioni**

Posologia Standard: 2 x 3 capsule di 10 mg al giorno
 Posologia divergente: _____

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

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

Indirizzo di consegna Indirizzo del paziente summenzionato Indirizzo del medico summenzionato
 Altro indirizzo di consegna (CH) Farmacia dell'ospedale

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

Importante
 Il medico conferma con la sua firma che il paziente è d'accordo con la trasmissione della prescrizione, e dell'acquisto presso MediService e che i dati del medico (senza nome del paziente) possono essere trasmessi a fini statistici e in caso d'eventi avversi del farmaco al fabbricante del farmaco.

Firma del medico

Ha firmato la ricetta? La preghiamo di mandare la ricetta a contact@mediservice.ch oppure tramite fax al numero **032 686 20 30**.

Data, Timbro / Firma