

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:

Kesimpta® sol ini 20 mg/0.4 ml penna preriempita (1 pz) _____ **Quantità confezioni**

Accessori per l'iniezione: tamponi alcolici, compresse e contenitore per rifiuti

Posologia _____

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

Servizio Home Care Il medico desidera un corso di formazione sull'iniezione e un accompagnamento terapeutico da parte del personale infermieristico specializzato MediService Sì No

Indirizzo di consegna	<input type="checkbox"/> Indirizzo del paziente summenzionato	<input type="checkbox"/> Indirizzo del medico summenzionato
	<input type="checkbox"/> Altro indirizzo di consegna (CH), a lato	<input type="checkbox"/> Farmacia dell'ospedale, a lato

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

Importante
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.

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

Firma del medico

Data, Timbro / Firma