

# Ricetta medica

Dati del medico (timbro dello studio medico)	
Nome, cognome:	Tel.:
Ambulatorio/clinica:	N° RCC/GLN:
Via/N°:	Fax:
NPA/Località:	E-mail:
<b>Dati del paziente (etichetta paziente)</b>	
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:

<input type="checkbox"/> <b>Winrevair</b> ® 45 mg set (1 pz) 1 fiala con polvere e solvente per preparazione soluzione iniettabile	_____ <b>Quantità confezioni</b>
<input type="checkbox"/> <b>Winrevair</b> ® 45 mg set (2 pz) 2 fiale con polvere e solvente per preparazione soluzione iniettabile	_____ <b>Quantità confezioni</b>
<input type="checkbox"/> <b>Winrevair</b> ® 60 mg set (1 pz) 1 fiala con polvere e solvente per preparazione soluzione iniettabile	_____ <b>Quantità confezioni</b>
<input type="checkbox"/> <b>Winrevair</b> ® 60 mg set (2 pz) 2 fiale con polvere e solvente per preparazione soluzione iniettabile	_____ <b>Quantità confezioni</b>

**Posologia** \_\_\_\_\_

**Validità della ricetta**  Ricetta singola  Ricetta ripetibile \_\_\_\_\_ mesi  Ripetibile \_\_\_\_\_ volte

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

Sì  No Il medico desidera l'accompagnamento terapeutico\* di un/a Nurse PH di MediService

Sì  No Il medico desidera che il coordinamento dei controlli del sangue sia effettuato da un/a Nurse PH di MediService

**Servizio Home Care**

\* Il servizio può includere, su richiesta, un'istruzione per l'iniezione a domicilio.

\* Ulteriori informazioni su: <https://www.mediservice.ch/it/downloads/ph-care-msd.php>

**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: \_\_\_\_\_

## 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](mailto:contact@mediservice.ch) oppure tramite fax al numero **032 686 20 30**.

**Firma del medico**

Data, Timbro / Firma