

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:

	Quantità confezioni		Quantità confezioni
<input type="checkbox"/> Adempas ® cpr rivestita con film 0.5 mg (42 pz)		<input type="checkbox"/> Adempas ® cpr rivestita con film 2 mg (42 pz)	
<input type="checkbox"/> Adempas ® cpr rivestita con film 1 mg (42 pz)		<input type="checkbox"/> Adempas ® cpr rivestita con film 2 mg (84 pz)	
<input type="checkbox"/> Adempas ® cpr rivestita con film 1.5 mg (42 pz)		<input type="checkbox"/> Adempas ® cpr rivestita con film 2.5 mg (42 pz)	
<input type="checkbox"/> Adempas ® cpr rivestita con film 1.5 mg (84 pz)		<input type="checkbox"/> Adempas ® cpr rivestita con film 2.5 mg (84 pz)	

Posologia _____

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

Garanzia di pagamento della cassa malati

Indicazione ipertensione arteriosa polmonare secondo informazioni professionali: *Garanzia di pagamento non è necessaria*

Indicazione: CTEPH non operabile o CTEPH postoperatoria:

Garanzia di pagamento già ottenuta (la preghiamo di allegare una copia)

Da richiedere tramite MediService. (*MediService si occupa di presentare la domanda di garanzia di pagamento dei costi alla cassa malati*)

L'indicazione è stata effettuata dal medico prescrittore

L'indicazione è stata effettuata dal seguente medico specialista qualificato in pneumologia / cardiologia (nome / luogo del medico specialista): _____

Altra indicazione fuori della limitazione: Garanzia di pagamento già ottenuta (la preghiamo di allegare una copia)

Servizio Home Care Il medico desidera l'accompagnamento terapeutico di un infermiere di MediService specializzato in ipertensione polmonare: sì 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 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 del paziente) possono essere trasmessi a fini statistici e in caso d'eventi avversi del farmaco al fabbricante del farmaco.</p>	<p>Firma del medico</p> <p>_____</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>