

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:

Sondelbay® sol ini 20 mcg / 80 mcl penna iniettabile preriempita 2.4 ml (1 pz) _____ **Quantità confezioni**

Accessori

- Aghi per iniezione (105 pz) 5 mm 8 mm
 Tamponi alcolici sterili (100 pz)
 contenitore per rifiuti (1 Stk)

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)
 Garanzia di pagamento non è necessaria

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 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 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.

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