

Coordonnées du médecin (timbre du cabinet)	
Prénom / nom	Tél.
Cabinet / clinique	N° RCC / GLN
Rue / N°	Fax
NPA / localité	E-mail
Coordonnées du patient (étiquette du patient)	
Langue du patient: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> I	
Prénom / nom	Tél.
Rue / N°	Assurance maladie
NPA / localité	N° d'ass.
Date de naissance	E-mail

<input type="checkbox"/> Tracleer® comprimés disp 32 mg (56 pcs)	_____ Nombre d'emballages
<input type="checkbox"/> Tracleer® comprimés pelliculés 62.5 mg blister (56 pcs)	_____ Nombre d'emballages
<input type="checkbox"/> Tracleer® comprimés pelliculés 125 mg blister (56 pcs)	_____ Nombre d'emballages
<input type="checkbox"/> Tracleer® comprimés pelliculés 62.5 mg flacon (56 pcs)	_____ Nombre d'emballages
<input type="checkbox"/> Tracleer® comprimés pelliculés 125 mg flacon (56 pcs)	

Posologie _____

Validité de l'ordonnance	<input type="checkbox"/> Ordonnance ponctuelle	<input type="checkbox"/> Ordonnance renouvelable _____ mois
	<input type="checkbox"/> Renouvelable _____ fois	
Garantie de prise en charge	<input type="checkbox"/> Pour les patients SVK, merci de nous transmettre la garantie de prise en charge	
	<input type="checkbox"/> Pour les Tracleer® comprimés disp 32 mg, merci de nous transmettre la garantie de prise en charge	
	<input type="checkbox"/> Une garantie de prise en charge n'est pas nécessaire	
Service Home Care	<input type="checkbox"/> Le médecin souhaite l'accompagnement thérapeutique d'une infirmière HTP par l'équipe de MediService Home Care	

Adresse de livraison	<input type="checkbox"/> Adresse du patient ci-dessus	<input type="checkbox"/> Adresse du médecin ci-dessus
	<input type="checkbox"/> Adresse de livraison (CH) ci-contre	<input type="checkbox"/> Pharmacie d'hôpital ci-contre

Merci d'indiquer si une date de livraison précise est souhaitée. Livraison le: _____

<p>Important: Le docteur / la doctoresse confirme par sa signature que la patiente / le patient a consenti à la transmission de sa prescription, ainsi qu'à la remise de cette dernière par MediService. Le docteur / la doctoresse confirme également avec sa signature que ses coordonnées (sans nom de la patiente / du patient) peuvent être transmises au titulaire de l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) à des fins statistiques et en cas d'événements indésirables.</p>	<p>Signature du médecin</p>
	<p>Avez-vous signé l'ordonnance? S.v.p. envoyer l'ordonnance à contact@mediservice.ch ou par fax au 032 686 20 30.</p>