DAILYMED

zur Rose

Ordonnance DAILYMED

Données du résident

Nom:

Prénom:

Date de naissance:

Assureur:

Service/étage:

Médecin prescripteur

Nom:

Prénom:

Interlocuteur de l'établissement médico-social:

Prescription médicale / Remise en cas de besoin / Validité / Modification au / Envoyer le médicament prêt à l'emploi

Date:	Médicaments:	Dosage:	Arrêt:	Matin:	Midi:	Soir:	Nuit:	au besoin:	12 mois	en une seule prise:	immédiatement:	proch. bobine de film:	

Remarques

☐ Non substituable pour raisons médicales

Date: Signature:

Numéro GLN:
Cachet du cabinet:

Zur Rose Suisse SA | Dailymed | Walzmühlestrasse 60 | Case postale | 8501 Frauenfeld | Switzerland
T 0800 488 012 | F 0800 711 999 | info-dailymed@zurrose.ch | dailymed.ch