

Prescription et ordonnance DAILYMED

par fax 0800 711 999 ou info-dailymed@zurrose.ch



En cas de prescription permanente: veuillez simplement signer ci-dessous et faxer à Zur Rose avec la prescription permanente.

Informations du patient

Nom:	Sexe:	masculin	féminin
Prénom:	Date de naissance:		
Adresse:	Assureur:		
	Téléphone:		
NPA/Lieu:	E-mail:		

Livraison à

Patient
Médecin
Adresse de livraison:

Facture à

Patient
Médecin (médicaments finis)
Assurance

Validité: 6 mois 12 mois

Médicaments

Médicaments	Jour			Quantité/Moment de prise				Indications de prise		
	Lu	Ma	Me	matin	midi	soir	nuit	avant	avec	après le
	Je	Ve	Sa					repas		
	Di	ch. jour						Autres:		
	Lu	Ma	Me	matin	midi	soir	nuit	avant	avec	après le
	Je	Ve	Sa					repas		
	Di	ch. jour						Autres:		
	Lu	Ma	Me	matin	midi	soir	nuit	avant	avec	après le
	Je	Ve	Sa					repas		
	Di	ch. jour						Autres:		
	Lu	Ma	Me	matin	midi	soir	nuit	avant	avec	après le
	Je	Ve	Sa					repas		
	Di	ch. jour						Autres:		
	Lu	Ma	Me	matin	midi	soir	nuit	avant	avec	après le
	Je	Ve	Sa					repas		
	Di	ch. jour						Autres:		

Remarque

Ne pas substituer, pour des raisons médicales

Déclaration de consentement du patient

Par la présente, je confirme que mon patient accepte d'être contacté par Zur Rose Suisse SA concernant la présente.

Date:	Signature:	Numéro GLN:
		Cachet: