zur Rose

Prescription et ordonnance Specialty Care

par fax au 0800 711 888 ou par e-mail à servicecare@zurrose.ch

Données du patient

Nom

Prénom

Adresse

Lieu

Numéro de téléphone

Sexe ○ masculin ○ féminin

Date de naissance Jour Mois Année

Assureur

Numéro d'assuré

E-Mail

Livraison à

○ Patient ○ Centre thérapeutique Zurich

○ Médecin ○ Autre adresse de livraison

Facturation à

○ Patient ○ Caisse-maladie

○ Médecin

Diagnostic

Prestation

○ ServiceCare

○ Accompagnement thérapeutique
(par Specialty Care Therapiezentren AG)

Début du traitement

Médicaments	Code d'indication	Quantité	Posologie

Ordonnance ○ unique Ordonnance renouvelable ○ 1 mois ○ 3 mois ○ 6 mois ○ 12 mois

Déclaration de consentement (s.v.p. à confirmer par la signature du médecin)

Le **patient** a expressément demandé les prestations suivantes:
☑ La transmission d'ordonnance à Zur Rose
○ L'accompagnement thérapeutique par Specialty Care Therapiezentren AG

Pour l'exécution des prestations susmentionnées le patient a expressément déclaré qu'il est d'accord avec l'échange nécessaire de ses données entre le médecin traitant, Zur Rose et, le cas échéant, Specialty Care Therapiezentren AG. Les données seront traitées de manière strictement confidentielle et dans le respect des dispositions légales.

Le médecin signataire a pris connaissance du fait que Zur Rose peut transmettre son nom et des données anonymisées sur le déroulement de la thérapie à des fins de contrôle au titulaire de l'autorisation suisse du médicament prescrit (ou à un tiers nommée par celui-ci), et il accepte la transmission de son nom.

○ Le médecin traitant n'est pas d'accord que son nom soit communiqué comme décrit plus haut.

Date Signature

Numéro GLN

Cachet du cabinet médical

Zur Rose Suisse SA | Specialty Care | Walzmühlestrasse 60 | Case postale | 8501 Frauenfeld
T 0800 852 236 | F 800 711 888 | servicecare@zurrose.ch | zurrose.ch

Envoyer