

Prescription et ordonnance Dailymed

par fax au 0800 711 999 ou par e-mail à info-dailymed@zurrose.ch



Coordonnées du patient

Nom _____
Prénom _____
Adresse _____
NPA, Localité _____
Sexe masculin féminin

Date de naissance _____
Caisse maladie _____
No de téléphone _____
E-mail _____

Livraison

- Au/à la patiente Au médecin
 Autre adresse (si différente des coordonnées du patient)

Facturation

- À la caisse maladie Au/à la patiente
 Au médecin (Emballage original comme livraison complémentaire à la boîte Dailymed)

Validité de l'ordonnance

- 6 mois 12 mois

Médication

Médicament (Nom, dose, forme)	Jour	Quantité/heure de prise	Prescription de prise
<input type="radio"/> Ne pas substituer pour des raisons médicales.	<input type="radio"/> Lu <input type="radio"/> Ma <input type="radio"/> Me <input type="radio"/> Je <input type="radio"/> Ve <input type="radio"/> Sa <input type="radio"/> Di <input type="radio"/> Quotidien	___ 08:00 ___ 12:00 ___ 18:00 ___ 22:00 Autre heure _____	<input type="radio"/> Avant <input type="radio"/> Pendant <input type="radio"/> Après le repas <input type="radio"/> Arrêt médicament Autres _____
<input type="radio"/> Ne pas substituer pour des raisons médicales.	<input type="radio"/> Lu <input type="radio"/> Ma <input type="radio"/> Me <input type="radio"/> Je <input type="radio"/> Ve <input type="radio"/> Sa <input type="radio"/> Di <input type="radio"/> Quotidien	___ 08:00 ___ 12:00 ___ 18:00 ___ 22:00 Autre heure _____	<input type="radio"/> Avant <input type="radio"/> Pendant <input type="radio"/> Après le repas <input type="radio"/> Arrêt médicament Autres _____
<input type="radio"/> Ne pas substituer pour des raisons médicales.	<input type="radio"/> Lu <input type="radio"/> Ma <input type="radio"/> Me <input type="radio"/> Je <input type="radio"/> Ve <input type="radio"/> Sa <input type="radio"/> Di <input type="radio"/> Quotidien	___ 08:00 ___ 12:00 ___ 18:00 ___ 22:00 Autre heure _____	<input type="radio"/> Avant <input type="radio"/> Pendant <input type="radio"/> Après le repas <input type="radio"/> Arrêt médicament Autres _____
<input type="radio"/> Ne pas substituer pour des raisons médicales.	<input type="radio"/> Lu <input type="radio"/> Ma <input type="radio"/> Me <input type="radio"/> Je <input type="radio"/> Ve <input type="radio"/> Sa <input type="radio"/> Di <input type="radio"/> Quotidien	___ 08:00 ___ 12:00 ___ 18:00 ___ 22:00 Autre heure _____	<input type="radio"/> Avant <input type="radio"/> Pendant <input type="radio"/> Après le repas <input type="radio"/> Arrêt médicament Autres _____

Remarque

Déclaration de consentement du/de la patient-e

Je confirme par la présente que mon/ma patient-e accepte d'être contacté-e par Zur Rose Suisse AG au sujet de la présente ordonnance.

Date _____

Signature _____

No GLN

Tampon du cabinet _____