

Ricetta e prescrizione Dailymed

via fax al numero 0800 711 999 o via e-mail all'indirizzo info-dailymed@zurrose.ch



Dati del paziente

Cognome _____

Nome _____

Indirizzo _____

NPA, località _____

Sesso maschile femminile

Data di nascita _____

Assicuratore _____

N. di telefono _____

E-mail _____

Consegna a

 Paziente Medico Indirizzo di consegna
(se diverso da quello indicato tra i dati del paziente)

Fatturazione a

 Assicuratore Paziente Medico (Imballaggio originale come consegna aggiuntiva alla Box Dailymed)

Validità ricetta

 6 mesi 12 mesi

Piano terapeutico

Medicinale (nome, dosaggio, forma)	Giorno	Quantità/orario di assunzione	Modalità di assunzione
<input type="radio"/> Non sostituire per ragioni mediche.	<input type="radio"/> lun <input type="radio"/> mar <input type="radio"/> mer <input type="radio"/> gio <input type="radio"/> ven <input type="radio"/> sab <input type="radio"/> dom <input type="radio"/> tutti i giorni	____ 08:00 ____ 12:00 ____ 18:00 ____ 22:00 altro orario _____	<input type="radio"/> prima <input type="radio"/> durante <input type="radio"/> dopo il pasto <input type="radio"/> interrompere assunzione altro _____
<input type="radio"/> Non sostituire per ragioni mediche.	<input type="radio"/> lun <input type="radio"/> mar <input type="radio"/> mer <input type="radio"/> gio <input type="radio"/> ven <input type="radio"/> sab <input type="radio"/> dom <input type="radio"/> tutti i giorni	____ 08:00 ____ 12:00 ____ 18:00 ____ 22:00 altro orario _____	<input type="radio"/> prima <input type="radio"/> durante <input type="radio"/> dopo il pasto <input type="radio"/> interrompere assunzione altro _____
<input type="radio"/> Non sostituire per ragioni mediche.	<input type="radio"/> lun <input type="radio"/> mar <input type="radio"/> mer <input type="radio"/> gio <input type="radio"/> ven <input type="radio"/> sab <input type="radio"/> dom <input type="radio"/> tutti i giorni	____ 08:00 ____ 12:00 ____ 18:00 ____ 22:00 altro orario _____	<input type="radio"/> prima <input type="radio"/> durante <input type="radio"/> dopo il pasto <input type="radio"/> interrompere assunzione altro _____
<input type="radio"/> Non sostituire per ragioni mediche.	<input type="radio"/> lun <input type="radio"/> mar <input type="radio"/> mer <input type="radio"/> gio <input type="radio"/> ven <input type="radio"/> sab <input type="radio"/> dom <input type="radio"/> tutti i giorni	____ 08:00 ____ 12:00 ____ 18:00 ____ 22:00 altro orario _____	<input type="radio"/> prima <input type="radio"/> durante <input type="radio"/> dopo il pasto <input type="radio"/> interrompere assunzione altro _____
<input type="radio"/> Non sostituire per ragioni mediche.	<input type="radio"/> lun <input type="radio"/> mar <input type="radio"/> mer <input type="radio"/> gio <input type="radio"/> ven <input type="radio"/> sab <input type="radio"/> dom <input type="radio"/> tutti i giorni	____ 08:00 ____ 12:00 ____ 18:00 ____ 22:00 altro orario _____	<input type="radio"/> prima <input type="radio"/> durante <input type="radio"/> dopo il pasto <input type="radio"/> interrompere assunzione altro _____

Note _____

Dichiarazione di consenso del paziente

Confermo che il mio paziente acconsente a essere contattato da Zur Rose Suisse SA in merito alla presente prescrizione.

Data _____

Firma _____

Numero GLN _____

Timbro studio medico _____