



## Ordonnance magistrale par fax au 0800 711 888

Coordonnées du patient/de la patiente	Modifications/Adresse de livraison
Nom:	
Prénom:	
Adresse:	
NPA, Localité:	
Numéro de portable:	
E-mail:	
Sexe: <input type="radio"/> masculin <input type="radio"/> féminin <input type="radio"/> autre	
Date de naissance: Jour      Mois      Année	
Caisse-maladie:	
Assurance complémentaire, si différente:	
Numéro d'assuré:	
Numéro d'AVS:	

Ordonnance	Motif du traitement
<input type="radio"/> Ordonnance unique	<input type="radio"/> Maladie
Ordonnance permanente: <input type="radio"/> 3 mois <input type="radio"/> 6 mois <input type="radio"/> 12 mois	<input type="radio"/> Accident. Date de l'accident:
	<input type="radio"/> Autre

Date	Nombre d'emballage	Médicament	Posologie

Livraison à	Facturation à
<input type="radio"/> Patient·e	<input type="radio"/> Patient·e
<input type="radio"/> Adresse de livraison	<input type="radio"/> Caisse-maladie

Date:	Sceau du cabinet médical/signature:
Numéro GLN:	