

Formulaire d'ordonnance pour immunodépresseurs/biothérapies | Fax n° 044 793 14 93

Humira®, Simponi®, Remicade®, Enbrel®, Stelara®, Cimzia®, Actemra®, Oencia® et co-médications (p. ex. MTX)

Adresse du médecin

Dr méd. _____

Rue | N° _____

NPA | Localité _____

N° de téléphone _____

Indications sur le patient

Nom _____

Prénom _____

Rue | N° _____

NPA | Localité _____

Date de naissance _____

Caisse maladie _____

Numéro d'assuré _____

N° de téléphone privé _____

N° de téléphone professionnel _____

N° de téléphone portable _____

Indication

Co-médication non oui Si oui, laquelle: _____

Allergies non oui Si oui, laquelle: _____

Garantie de prise en charge ci-jointe suit

Médicament	Première livraison
<input type="checkbox"/> Cabinet médical Hôpital	Nombre d'emballages _____
	Livraison le _____
<input type="checkbox"/> Domicile du patient	Nombre d'emballages _____
	La livraison suit après la confirmation téléphonique de la date au patient _____

Starterkit oui non Cabinet/hôpital Patients

ROTHAUS direct
Dorfstrasse 70
8706 Meilen

Téléphone 044 923 00 24
Fax 044 793 14 93
Hotline 0800 768 768

info@rothaus-direct.ch
www.rothaus-direct.ch

Timbre

Rp

Nom du patient _____

Année de naissance _____

NPA | Localité _____

- Humira® _____
- Simponi® _____
- Remicade® _____
- Enbrel® _____
- Stelara® _____
- Cimzia® _____
- Actemra® _____
- Oencia® _____
- MTX _____
- autres _____

Durée de validité de l'ordonnance: 3 mois 6 mois 12 mois

Date _____ Signature _____

Le patient a donné son accord pour l'obtention de médicaments par ROTHAUS direct ainsi que pour la transmission de l'ordonnance par fax.