

Humira, Simponi, Remicade, Enbrel, Stelara, Cimzia, Actemra, Orencia e co-medieazioni (p.es. MTX)

**Indirizzo del medico** Dr. med. \_\_\_\_\_  
Via I N. \_\_\_\_\_  
NPA I Località \_\_\_\_\_  
Numero di telefono \_\_\_\_\_

**Dati personali del paziente** Nome \_\_\_\_\_  
Cognome \_\_\_\_\_  
Via I N. \_\_\_\_\_  
NPA I Località \_\_\_\_\_  
Data di nascita \_\_\_\_\_  
Cassa malati \_\_\_\_\_  
N. d'assicurato \_\_\_\_\_  
Numero di telefono casa \_\_\_\_\_  
Numero di telefono ufficio \_\_\_\_\_  
Numero di telefono mobile \_\_\_\_\_

Indicazione \_\_\_\_\_  
Co-medieazioni  no  sì Se sì, quali: \_\_\_\_\_  
Allergie  no  sì Se sì, quali: \_\_\_\_\_  
Garanzia assunzione spese  allegata  seguirà

**Farmaco**  Studio medico I Ospedale  Domicilio del paziente

**Prima consegna** Quantità confezioni \_\_\_\_\_  
Data di consegna \_\_\_\_\_  
Quantità confezioni \_\_\_\_\_  
La consegna sarà effettuata in seguito ad accordo telefonico con il paziente. \_\_\_\_\_

**Starterkit**  sì  no  Studio/Ospedale  Paziente

info@rothaus-direct.ch | www.rothaus-direct.ch | www.rothaus-direct.ch/rp-i  
ROTHAUS direct | Dorfstrasse 70 | 8706 Meilen | Telefono 044 923 00 24 | Hotline 0800 768 768

Timbro

**Ricetta**

Nome paziente \_\_\_\_\_

Anno di nascita \_\_\_\_\_

Località \_\_\_\_\_

- Humira® \_\_\_\_\_
- Simponi® \_\_\_\_\_
- Remicade® \_\_\_\_\_
- Enbrel® \_\_\_\_\_
- Stelara® \_\_\_\_\_
- Cimzia® \_\_\_\_\_
- Actemra® \_\_\_\_\_
- Orencia® \_\_\_\_\_
- MTX \_\_\_\_\_
- altri \_\_\_\_\_

Ricetta valida:  3 mesi  6 mesi  12 mesi

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Il paziente ha acconsentito alla fornitura dei farmaci tramite ROTHAUS direct non-ché alla trasmissione della ricetta per fax.