



Prescription et ordonnance Specialty Care

par fax au 0800 711 888

Données du patient

Nom	Sexe <input type="radio"/> masculin <input type="radio"/> féminin
Prénom	Date de naissance Jour Mois Année
Adresse	Assureur
Lieu	Numéro d'assuré
Numéro de téléphone	E-Mail

Livraison à

Patient Centre thérapeutique Zurich
 Médecin Autre adresse de livraison

Facturation à

Patient Caisse-maladie
 Médecin

Diagnostic

Prestation

ServiceCare
 Accompagnement thérapeutique
(par Specialty Care Therapiezentrum AG)

Début du traitement _____

Médicaments	Quantité	Posologie
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Ordonnance unique Ordonnance renouvelable 1 mois 3 mois 6 mois 12 mois

Déclaration de consentement (s.v.p. à confirmer par la signature du médecin)

Le **patient** a expressément demandé les prestations suivantes:

- La transmission d'ordonnance à Zur Rose
- L'accompagnement thérapeutique par Specialty Care Therapiezentrum AG

Pour l'exécution des prestations susmentionnées le patient a expressément déclaré qu'il est d'accord avec l'échange nécessaire de ses données entre le médecin traitant, Zur Rose et, le cas échéant, Specialty Care Therapiezentrum AG. Les données seront traitées de manière strictement confidentielle et dans le respect des dispositions légales.

Le **médecin** signataire a pris connaissance du fait que Zur Rose peut transmettre son nom et des données anonymisées sur le déroulement de la thérapie à des fins de contrôle au titulaire de l'autorisation suisse du médicament prescrit (ou à un tiers nommée par celui-ci), et il accepte la transmission de son nom.

- Le médecin traitant n'est pas d'accord que son nom soit communiqué comme décrit plus haut.

Date	Signature	Numéro GLN Cachet du cabinet médical
------	-----------	---