

Kesimpta® Care

Ordonnance et prescription par courriel à: 0800 711 888

Données du patient

Nom:	Sexe: <input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin
Prénom:	Date de naissance:
Adresse:	Assureur:
Lieu:	Numéro d'assuré:
Numéro de téléphone:	E-mail:

Livraison à Facturation à

<input type="checkbox"/> Patient	Centre thérapeutique
<input type="checkbox"/> Médecin	<input type="checkbox"/> Aarau <input type="checkbox"/> Basel <input type="checkbox"/> Zürich
<input type="checkbox"/> Autre adresse de livraison:	_____

Facturation à

<input type="checkbox"/> Patient
<input type="checkbox"/> Médecin
<input type="checkbox"/> Caisse-maladie

Diagnostic

Prestations de services

- Accompagnement thérapeutique par un/une infirmier/infirmière diplômé/é du Specialty Care Therapiezentrum AG
- Début du traitement _____

Médicaments

	Quantité:	Posologie:
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Ordonnance

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 du médicament prescrit (ou à un tiers désigné par celui-ci), et il accepte la transmission de son nom.

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

Date:	Signature:	Numéro GLN:
_____	_____	_____
		Cachet du cabinet médical:
