



Prescription et ordonnance Specialty Care
par fax au 0800 711 888



Données du patient

Nom:	Sexe:	masculin	féminin	
Prénom:	Date de naissance:	Jour	Mois	Année
Adresse:	Assureur:			
Lieu:	Numéro d'assuré:			
Numéro de téléphone:	E-Mail:			

Livraison à

Patient	Centre thérapeutique Aarau
Médecin	Autre adresse de livraison:
Centre thérapeutique Zurich	
Centre thérapeutique Bâle	

Facturation à

Patient
Médecin
Caisse-maladie

Diagnostic

Prestation

ServiceCare
Accompagnement thérapeutique (par 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 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: