



Ricetta e prescrizione Specialty Care

per fax allo 0800 711 888

Dati del paziente

Cognome _____

Nome _____

Indirizzo _____

Località _____

Numero di telefono _____

Sesso maschile femminile

Data di nascita

Assicurazione _____

N. di assicurazione _____

E-Mail _____

Consegna al _____

Paziente Centro di terapia Zurigo

Medico Altro indirizzo di consegna

Fatturazione a _____

Paziente Cassa malati

Medico

Diagnosi _____

Servizio _____

ServiceCare

Accompagnamento terapeutico
(fornito da Specialty Care Therapiezentren AG)

Inizio terapia _____

Medicinali	Quantità	Somministrazione
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Ricetta una tantum Ricetta ripetibile 1 mese 3 mesi 6 mesi 12 mesi

Dichiarazione di consenso (pregasi confermare con la firma del medico)

Il **paziente** ha dichiarato espressamente di volere usufruire dei seguenti servizi:

trasmissione della ricetta a Zur Rose

accompagnamento terapeutico fornito da Specialty Care Therapiezentren AG

Per la gestione dei servizi di cui sopra il paziente ha dichiarato espressamente di essere d'accordo sullo scambio dei suoi dati che si rende necessario tra il medico curante, Zur Rose ed eventualmente Specialty Care Therapiezentren AG. I dati saranno trattati con la massima riservatezza e nel rispetto delle disposizioni di legge.

Il **medico** firmatario è a conoscenza del fatto che Zur Rose può trasmettere per scopi di controllo il suo nome e i dati anonimizzati relativi allo svolgimento della terapia al titolare svizzero dell'omologazione del farmaco prescritto (o a terzi indicati da quest'ultima) e acconsente alla trasmissione del suo nome.

Il medico firmatario non autorizza la trasmissione del suo nome come indicato sopra.

Data _____

Firma _____

Numero GLN _____

Timbro ambulatorio _____