

Via e-mail a: apotheke.paradeplatz@hin.ch oppure contact@mediservice.ch

Informazioni sul paziente

Cognome

Nome

Data di nascita

Via

N. civico .

CAP

Località

Dati assicurativi

Assicurazione

80756

N. assicurato

Prodotto prescritto (secondo l'EMAp / MiGeL)

Denominazione:

deprexis®

(dGA interattiva per la terapia
cognitivo-comportamentale) /
Licenza di 90 giorni

Numero di posizione EMap:

40.01.01.00.1

Pharmacode:

1187001

Indicazione medica (barrare la casella pertinente):

 F32.0 (Episodio depressivo lieve) F32.1 (Episodio depressivo moderato) F33.0 (Disturbo depressivo ricorrente, episodio attuale lieve) F33.1 (Disturbo depressivo ricorrente, episodio attuale moderato)
Indirizzo e-mail della paziente, del pazientePreghiamo di compilare! L'accesso al programma
terapeutico verrà inviato via e-mail.La mia paziente, il mio paziente accetta le condizioni
(trasmissione della ricetta e 78 CHF di costi a proprio carico)

Data di emissione:

Firma della medica / del medico

Timbro dello specialista/GLN/RCC (ZSR)

La mia paziente, il mio paziente mi ha autorizzato a trasmettere la ricetta emessa a suo nome direttamente alla seguente farmacia: **apotheke.paradeplatz@hin.ch** oppure **contact@mediservice.ch**. Confermo inoltre che il mio paziente è stato informato del fatto che questo servizio / trattamento comporta costi aggiuntivi pari a 78 CHF (costi a proprio carico), che rimangono a suo carico. Il suo indirizzo e-mail può essere utilizzato per chiarimenti e conferme relativi a questa prescrizione