

Collecte des données des patients dans le cadre de la vente par correspondance de médicaments

Pour nous permettre de répondre de manière optimale aux questions concernant votre traitement médicamenteux et d'identifier les problèmes liés à la santé et aux médicaments, nous vous prions de nous communiquer d'autres données sur votre état de santé et votre médication. Ces indications sont traitées dans les locaux de la pharmacie exclusivement dans le cadre des informations relatives au stockage de données pharmaceutiques et thérapeutiques dans le cadre de la vente par correspondance de médicaments.

Nom, prénom :		
Rue, n° :		
Code postal, localité :		
Tél. :	Fax :	Courriel :
Données concernant le patient :		
Sexe : M F	Taille :	Caisse d'assurance maladie :
Année de naissance :	Poids :	Numéro d'assuré :
Maladies :		
<input type="checkbox"/> Diabète	<input type="checkbox"/> Asthme bronchique	<input type="checkbox"/> Maladies rénales
<input type="checkbox"/> Hypertension	<input type="checkbox"/> Maladies cardio-vasculaires	<input type="checkbox"/> Allergies, si oui précisez
<input type="checkbox"/> Troubles de la coagulation	<input type="checkbox"/> Maladies hépatiques	<input type="checkbox"/> Autres maladies, si oui précisez
Grossesse/allaitement :		
<input type="checkbox"/> Je ne suis pas enceinte	<input type="checkbox"/> Je suis enceinte, semaine _____	<input type="checkbox"/> Je n'allaites pas
Quels médicaments prenez-vous régulièrement (nom, dosage, posologie) ? : (par ex. Aspirine Cardio 100, 1x1 cp.) ¹		
¹ Nous sommes en mesure de vous aider à déterminer les médicaments qu'il vous faut. Si vous avez des questions ou des incertitudes, nous vous appelons par téléphone. <input type="checkbox"/> Oui, veuillez m'appeler		
J'accepte de recevoir un générique moins cher au lieu du médicament originel :		
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> M'appeler au préalable
J'accepte que mon médecin adresse l'ordonnance directement à la pharmacie agréée pour la vente par correspondance de médicaments :		
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> M'appeler au préalable

Date :

Signature