

Prescription à l'attention des médecins pour médicaments en préparation

Veillez remplir TOUS les champs obligatoires.

Pour le patient : _____ date de naissance : _____ Femme Homme

N° de téléphone _____ Adresse e-mail _____

(il existe un autre formulaire de commande pour une utilisation dans votre cabinet)

Quantité	Désignation (substance active, concentration, forme du médicament, volume etc)

Nous pouvons envoyer des médicaments magistraux (formula magistralis) aux médecins. Si vous souhaitez commander des médicaments destinés à être remis au patient, veuillez établir une ordonnance par personne. Vous pouvez également établir une ordonnance pour le patient, qui pourra alors se rendre dans la pharmacie de son choix. Conformément à l'art. 9, al. 2, let. a et c, LPTh, nous sommes responsables de la mise sur le marché de la fabrication et avons besoin de ces informations, telles que le mode d'emploi du médicament. Les prescriptions cantonales s'appliquent aux médicaments enregistrés. Vous trouverez de plus amples informations sous :

https://www.kantonsapotheke.ch/fileadmin/docs/public/kav/2_Leitlinien_Positionspapiere/h_006_positionspapier-lohnherstellung_version_2_november_2012.pdf

*Indication	
*Dosage	

- Je confirme avoir procédé aux examens médicaux (antécédents médicaux, interactions avec des Médicaments existants, allergies) auprès du patient.
- Je confirme avoir informé le patient que cette commande sera passée auprès de la pharmacie Grosse Apotheke Dr. G. Bichsel AG et que le patient est d'accord.
- Envoyez le médicament directement au patient Envoyez le médicament à notre cabinet (avec facturation au patient)

Pour les nouvelles prescriptions, veuillez remplir le questionnaire de santé.

Adresse de facturation du patient :	Adresse de livraison:

Choisissez le mode de livraison souhaité

- Courrier A Signatur Sera collecté Express Lune Signatur

Pour les livraisons effectuées par des transporteurs externes (par exemple, la poste), les frais sont facturés selon les tarifs postaux en vigueur. Les anesthésiques sont envoyés par nos soins.

Conformément aux nouvelles directives GDP, nous expédions toujours nos articles réfrigérés par express.

Veillez nous envoyer votre commande par e-mail à bichsel@amavita.ch.

Date : _____ Timbre et signature du médecin: _____

Veillez tenir compte du fait que la fabrication de préparations supplémentaires prend entre une et trois semaines en fonction de la quantité et des efforts à fournir. En cas d'urgence, veuillez prendre contact avec nous pour convenir d'un autre délai de livraison.

Laboratorium Dr. G. Bichsel AG

Herstellung
Weissenaustrasse 73
3800 Unterseen
info@bichsel.ch

HomeCare
Weissenaustrasse 73
3800 Unterseen
homecare@bichsel.ch

Grosse Apotheke Dr. G. Bichsel AG

Grosse Apotheke
Bahnhofstrasse 5a
3800 Interlaken
bestellung@bichsel.ch

www.bichsel.ch

Questionnaire de santé

Pour identifier d'éventuels risques liés aux médicaments ou à la santé et pour pouvoir vous garantir une sécurité des médicaments optimale, nous vous prions de nous donner les informations suivantes. Les informations sont utilisées exclusivement pour l'enregistrement des paramètres relatifs aux médicaments et ne sont pas transmises aux tiers.

IMPORTANT : En cas de première commande ou de modification de votre médication, veuillez nous envoyer le questionnaire ci-dessous dûment rempli par e-mail, fax ou courrier :

E-mail : bichsel@amavita.ch Fax : 033 827 60 10

Adresse: Amavita Apotheke Bichsel Interlaken
Bahnhofstrasse 5a, 3800 Interlaken

Nom, Prénom _____ Date de naissance _____

Votre taille _____ cm Votre poids actuel _____ kg

Est-ce que vous souffrez d'un des problèmes de santé suivants ?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hypertension artérielle | <input type="checkbox"/> Diabète |
| <input type="checkbox"/> Asthme | <input type="checkbox"/> Trouble de la coagulation sanguine |
| <input type="checkbox"/> Maladie cardio-vasculaire | <input type="checkbox"/> Maladie du foie |
| <input type="checkbox"/> Maladie rénale | |
| <input type="checkbox"/> D'autres: _____ | |

Est-ce que vous avez des intolérances ou des allergies (par ex. aspirine, pénicilline, sulfonamides, etc.) ?

- Non
 Oui, les suivantes: _____

Quels médicaments, achetés par vous-même ou prescrits par un médecin, prenez-vous en plus de ceux indiqués sur votre ordonnance ? Nom du médicament, concentration, dosage (p. ex. Aspirine Cardio 100 mg, 1 comprimé 1 fois par jour) ?

Nom	Concentration	Dosage

Est-ce que vous êtes enceinte ?

- Oui Non

Si "oui", date de naissance prévue de l'enfant : _____

Est-ce que vous allaitez ?

- Oui Non

Date _____

Signature _____

Laboratorium Dr. G. Bichsel AG

Herstellung
Weissenaustrasse 73
3800 Unterseen
info@bichsel.ch

HomeCare
Weissenaustrasse 73
3800 Unterseen
homecare@bichsel.ch

Grosse Apotheke Dr. G. Bichsel AG

Grosse Apotheke
Bahnhofstrasse 5a
3800 Interlaken
bestellung@bichsel.ch

01.06.2026/mel