Prescription à l'attention des médecins pour médicaments en préparation

Pour le patient: _____*date de naissance: _____ ☐Femme ☐Homme
*N° de téléphone_____

(Si vous souhaitez les utiliser dans votre cabinet, vous devez remplir un autre formulaire de commande)

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

Nous pouvons envoyer des médicaments en préparation (Formula magistralis) à des médecins.
Si vous **souhaitez commander des médicaments pour les remettre au patient, faites une prescription par personne.** Vous pouvez également faire une prescription au patient et celui-ci vient récupérer les médicaments dans la pharmacie de son choix. Conformément à l'article 9 paragraphe 2 lettres a et c de la LPTh, nous sommes responsables de la commercialisation de la préparation et nous avons besoin d'indications sur la manière dont les médicaments sont utilisés. Retrouvez plus d'informations sur: https://www.kantonsapotheker.ch/fileadmin/docs/public/kav/2_Leitlinien___Positionspapiere/h_006_positionspapierlohnherstellung_version_2__november_2012.pdf Les dispositions cantonales s'appliquent aux médicaments enregistrés.

***Indication**	
***Dosage**	

Pour les nouvelles prescriptions, veuillez remplir le questionnaire de santé
☒ Je confirme que j'ai procédé aux examens médicaux du patient (maladies précédentes, interactions avec la médication existante, allergies)
☐*Envoyez le médicament directement au domicil du patient
☐*Envoyez le médicament à notre cabinet avec facturation au patient
*** Veuillez remplir obligatoirement ces champs**

Adresse de facturation du patient :	Adresse de livraison:

Choisissez le mode de livraison souhaité

☐ Courrier A Signatur ☐ Sera collecté ☐Express Lune Signatur

En cas de livraison par des transporteurs externes (p. ex. la Poste), les frais de port sont facturés selon les tarifs actuellement en vigueur, les stupéfiants sont envoyés directement au destinataire.
Nous envoyons nos produits réfrigérés par courrier express conformément aux normes GDP

Veuillez nous envoyer la commande par e-mail à l'adresse rezept@bichsel.ch

Date : Timbre et signature du médecin:

_____ _____

Veuillez 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.

Marchandise contrôlée par :

Commande contrôlée par :

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 : rezept@bichsel.ch **Fax : 033 827 60 10**
Adresse: Grosse Apotheke Dr. G. Bichsel AG, 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?

- ☐ Hypertension artérielle
- ☐ Asthme
- ☐ Maladie cardio-vasculaire
- ☐ Maladie rénale
- ☐ Diabète
- ☐ Trouble de la coagulation sanguine
- ☐ Maladie du foie
- ☐ 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 _____

17.02.2025/mel

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