

PRESCRIZIONE INTEGRATORE ALIMENTARE COMPLETO

Nome:	Data di nascita:
Cognome	Telefono:
Indirizzo:	Assicurazione malattia:
	Nr assicurato:

<input type="checkbox"/> con fibre	<input type="checkbox"/> Normoproteico 14-18gr proteine in 200ml	<input type="checkbox"/> altro:
<input type="checkbox"/> senza fibre	<input type="checkbox"/> Iperproteico 28gr proteine in 200 ml	
	<input type="checkbox"/> Iperproteico compatto 18gr proteine in 125ml	
A fini medici speciali:	<input type="checkbox"/> diabetici <input type="checkbox"/> insufficienza renale <input type="checkbox"/> disfagici	
Incarico Farmadomo di compilare la richiesta di garanzia per l'assicurazione e contattare il paziente per le istruzioni necessarie.		
<input type="checkbox"/> Consulenza gratuita dietista Farmadomo		

Data	Timbro e firma medico
------	-----------------------

Il seguente documento è da inviare a Farmadomo Home Care Provider SA per mail a info@farmadomo.ch oppure per fax 091 857 62 61

La prescrizione è disponibile sul nostro sito www.farmadomo.ch nella sezione Ordinazioni