



## Formulaire de commande Produits à base de cannabis

cannaplant

**Veillez remplir entièrement le formulaire de commande et l'envoyer avec l'ordonnance médicale ou l'ordonnance à souche pour la prescription de stupéfiants à :**

Bahnhof Apotheke Langnau AG, Abteilung Cannabis-Med, Dorfstrasse 2, 3550 Langnau i.E.

Fax 034 402 25 35 | E-mail: fankhauser@cannabis-med.ch | cannabis-med@hin.ch

### MÉDICAMENT ET QUANTITÉ

#### Préparations à base de THC

<b>Solution de dronabinol 2.5%</b> (25 mg THC/ml)	quantité	<b>Teinture de cannabis standardisée</b> (env. 10 mg THC/ml, env. 20 mg CBD/ml)	quantité	<b>Huile de cannabis standardisée</b> (env. 10 mg THC/ml, env. 20 mg CBD/ml)	quantité
5g (CHF 220.00)		10 ml (CHF 120.00)		10 ml (CHF 165.00)	
10g (CHF 425.00)		20 ml (CHF 230.00)		20 ml (CHF 320.00)	
20g (CHF 825.00)		30 ml (CHF 340.00)		30 ml (CHF 475.00)	
40g (CHF 1600.00)		50 ml (CHF 550.00)		50 ml (CHF 775.00)	
Autre quantité		Autre quantité		Autre quantité	

#### Documents nécessaires

- Ordonnance à souche pour la prescription de stupéfiants
- Autorisation spéciale de l'OFSP pour le patient correspondant et le produit correspondant

#### Préparations pures à base de CBD (sans THC)

<b>Solution CBD à 2.5%</b>	quantité	<b>Solution CBD à 5%</b>	quantité	<b>Solution CBD à 10%</b>	quantité	<b>Solution CBD à 20%</b>	quantité
10g (CHF 40.00)		10g (CHF 80.00)		10g (CHF 160.00)		10g (CHF 320.00)	
20g (CHF 80.00)		20g (CHF 160.00)		20g (CHF 320.00)		20g (CHF 580.00)	
30g (CHF 120.00)		30g (CHF 240.00)		30g (CHF 430.00)		30g (CHF 860.00)	
50g (CHF 200.00)		50g (CHF 380.00)		50g (CHF 720.00)		50g (CHF 1440.00)	
Autre quantité		Autre quantité		Autre quantité		Autre quantité	

#### Documents/informations nécessaires

- Ordonnance médicale normale
- Donnée écrite de l'indication (sur formulaire séparé ou sur ordonnance)

### COORDONNÉES DE LA PATIENTE / DU PATIENT

Nom	Prénom
Rue/N°	CP/lieu
Date de naissance	Téléphone

2<sup>ÈME</sup> PAGE >



cannaplant

---

**LIVRAISON**

Patient

Cabinet médical

Pharmacie

Autre adresse

---

**EN CAS D'ENVOI AU CABINET MÉDICAL / PHARMACIE / AUTRE ADRESSE, VEUILLEZ REMPLIR LES CHAMPS CI-DESSOUS**

Nom

Téléphone

Rue/N°

Fax

CP/lieu

E-mail

---

**FACTURATION**

Patient

Cabinet médical

Pharmacie

Assurance-maladie / assurance-accident **(joindre la copie de la garantie de prise en charge\*)**

\*Veuillez prendre en considération que le remboursement par l'assurance n'est possible qu'avec une confirmation écrite de la prise en charge par le médecin conseil de l'assurance.

---

Commande passée par

Date

Envoyer le formulaire  
par e-mail