

MediScript-ch

Arztdatenblatt für die Anmeldung

Senden Sie das ausgefüllte Formular an MediService AG, Ausserfeldweg 1, 4528 Zuchwil
oder an die **Faxnummer 0848 40 80 41**
Telefonnummer bei Rückfragen: 0848 40 80 40.

Personendaten	Praxisdaten
Frau <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/>	Praxisstempel:
_____ Titel	_____ Anschrift der Praxis
_____ Vorname, Name*	_____ Strasse* Nr.*
_____ Fachbereich/Spezialität*	_____ PLZ* Ort*
_____ ZSR-Nummer*	_____ Telefon Praxis*
7!6!0!1! _____ GLN-Nummer	_____ Fax Praxis
____ . ____ . 19 ____ Geburtsdatum (Tag. Monat. Jahr)	_____ E-Mail*

(* = obligatorische Angaben)

Ausstattung			
PC-System	Betriebssystem	Browser	Internetverbindung
PC <input type="checkbox"/> MAC <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> iOS <input type="checkbox"/> Windows 7 <input type="checkbox"/> Windows 8 <input type="checkbox"/> Windows 10 <input type="checkbox"/> Andere _____	<input type="checkbox"/> Safari <input type="checkbox"/> Microsoft Explorer <input type="checkbox"/> Chrome <input type="checkbox"/> Mozilla Firefox <input type="checkbox"/> Andere _____	<input type="checkbox"/> ADSL oder Kabel <input type="checkbox"/> Modem Analog <input type="checkbox"/> Modem ISDN
Praxissoftware: _____			

Erklärung
<p>Hiermit bestätige ich die Vollständigkeit und Korrektheit der gemachten Angaben. Ich bestätige, dass ich eine gültige Zulassung als Arzt in der Schweiz und eine kantonale Berufsausübungsbewilligung habe.</p> <p>Die angegebenen Daten werden von der MediService AG im Rahmen der Anmeldung für das MediScript-ch Rezept- und Bestellerfassungsprogramm verwendet.</p>
_____, ____ . ____ . ____ Ort, Datum Unterschrift der Ärztin/des Arztes