

Rezept

bitte faxen an:
0800 811 844

Ausserfeldweg 1
4528 Zuchwil
Telefon: 0848 40 80 40
E-Mail: contact@mediservice.ch

Arztdaten (evtl. Praxisstempel)	
Vorname, Name:	Tel.:
Praxis/Klinik:	ZSR:
Strasse/Nr.:	Fax:
PLZ/Ort:	E-Mail:
Patientendaten (evtl. Patientenetikette)	
Vorname, Name:	Tel.:
Strasse/Nr.:	Sprache: <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> I
PLZ/Ort:	Krankenkasse:
Geburtsdatum:	Vers.-Nr.:

02183

Rp. Medikament Name, galenische Form, Stärke, Packungsgrösse	Anzahl	Dosierung

Rezeptgültigkeit: Einzelrezept Dauerrezept _____ Monate Rep _____ mal

Bemerkungen: Bei Dauerrezepten senden wir in der Regel Medikamente für 3 Monate.
Wenn momentan keine Lieferung gewünscht wird, bitte mit „non disp“ bezeichnen.

Lieferadresse immer einmalig

obige Patientenadresse _____

obige Arztadresse _____

andere Lieferadresse (CH) nebenstehend _____

Falls ein bestimmtes Lieferdatum gewünscht ist, bitte angeben. Lieferung am: _____

Unterschrift des Arztes	
Datum	Stempel / Unterschrift

Wichtig: Der Patient hat dem Bezug über MediService, der Rezeptübermittlung per Fax zugestimmt (bitte mit Arztunterschrift bestätigen).