

Rezept

bitte faxen an:
0800 811 844

MEDI SERVICE

Ausserfeldweg 1

4528 Zuchwil

Telefon: 0848 40 80 40

E-Mail: contact@mediservice.ch

Ihre Spezialapotheke

| 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.: |

| Rp. Medikament | Rp. | Dosierung |
|--|------------------------|--------------------------------|
| Eplusa Sofosbuvir/Velpatasvir | 400/100 mg 28 Stk | 1 Tabl/tägl. |
| Harvoni Sofosbuvir/Ledipasvir | 400/90 mg 28 Stk | 1 Tabl/tägl. |
| Maviret Glecaprevir/Glecaprevir | 100/40 mg 84 Stk | 3 Tabl/tägl. während dem Essen |
| Zepatier Grazoprevir/Elbasvir | 100/50 mg 28 Stk | |
| Copegus Ribavirinum | 200 mg 112 Stk | |
| | 200 mg 168 Stk | |
| | 400 mg 56 Stk | |
| Pegasys Peginterferonum alfa-2a | 135 mcg Fertigpen | |
| | 180 mcg Fertigpen | |
| | 180 mcg Fertigspritzen | |
| | | |
| | | |

Rezeptgültigkeit: 8 Wochen 12 Wochen 16 Wochen 24 Wochen _____

Kostengutsprache nicht erforderlich
 liegt bereits vor (*bitte eine Kopie an die obige Nummer faxen*)

Lieferadresse immer einmalig
 obige Patientenadresse
 obige Arztadresse
 andere Lieferadresse (CH) nebenstehend

Falls ein bestimmtes Lieferdatum gewünscht ist, bitte angeben.

Lieferung am: _____

| Unterschrift des Arztes | |
|-------------------------|---|
| | Wichtig: Der Patient hat dem Bezug über MediService, der Rezeptübermittlung per Fax zugestimmt (bitte mit Arztunterschrift bestätigen). Ich erkläre mich einverstanden, dass im Falle von unerwünschten Ereignissen MediService gegebenenfalls meine Kontaktdaten an die Herstellerfirma weiterleitet, damit die Firma mich bei Rückfragen direkt kontaktieren kann. |
| Datum | Stempel / Unterschrift |

15ANDPDS06D_V2_e