

# Rezept

bitte faxen an:  
**032 686 28 05**

**MEDI SERVICE**

Ausserfeldweg 1  
4528 Zuchwil  
Telefon: 0800 220 222  
E-Mail: pharmacare@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.:

02246

Medikament	Packungen	Medikament	Packungen
<b>Bosulif</b>	Filmtabletten 100 mg 28 Stk	<b>Revlimid</b>	Kapseln 2.5 mg 21 Stk
	Filmtabletten 500 mg 28 Stk		Kapseln 5.0 mg 21 Stk
<b>Farydax</b>	Kapseln 10 mg 6 Stk		Kapseln 7.5 mg 21 Stk
	Kapseln 15 mg 6 Stk		Kapseln 10 mg 21 Stk
	Kapseln 20 mg 6 Stk		Kapseln 15 mg 21 Stk
<b>Glivec</b>	Filmtabletten 100 mg 60 Stk		Kapseln 20 mg 21 Stk
	Filmtabletten 400 mg 30 Stk		Kapseln 25 mg 21 Stk
<b>Iclusig</b>	Filmtabletten 15 mg 30 Stk		<b>Rydapt</b>
	Filmtabletten 30 mg 30 Stk	<b>Sprycel</b>	Filmtabletten 20 mg 60 Stk
	Filmtabletten 45 mg 30 Stk		Filmtabletten 50 mg 60 Stk
<b>Imbruvica</b>	Kapseln 140 mg 90 Stk		Filmtabletten 70 mg 60 Stk
	Kapseln 140 mg 120 Stk		Filmtabletten 100 mg 30 Stk
<b>Imnovid</b>	Kapseln 1 mg 21 Stk	<b>Tasigna</b>	Kapseln 150 mg 112 Stk
	Kapseln 2 mg 21 Stk		Kapseln 200 mg 28 Stk
	Kapseln 3 mg 21 Stk		Kapseln 200 mg 112 Stk
	Kapseln 4 mg 21 Stk	<b>Venclyxto</b>	Filmtabletten 10 mg 14 Stk
<b>Ninlaro</b>	Kapseln 2.3 mg 3 Stk		Filmtabletten 50 mg 7 Stk
	Kapseln 3 mg 3 Stk		Filmtabletten 100 mg 7 Stk
	Kapseln 4 mg 3 Stk	<b>Zydelig</b>	Filmtabletten 100 mg 60 Stk
	Filmtabletten 150 mg 60 Stk		

**Rezept Gültigkeit**  Einzelrezept  Dauerrezept \_\_\_ Monate  Repetitionen \_\_\_

**Dosierung** \_\_\_\_\_

**Kostengutsprache**  Nicht erforderlich  
 Liegt bereits vor (*bitte eine Kopie an die obige Nummer faxen*)

**Lieferadresse**  obige Patientenadresse  
 obige Arztadresse  
 andere Lieferadresse (CH) nebenstehend  
 Spitalapotheke nebenstehend

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

Unterschrift des Arztes	
	<p><b>Wichtig:</b> 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.</p>
Datum	Stempel / Unterschrift