

Rezept

bitte faxen an:
032 686 28 05

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.:

Anz. Packungen		Anz. Packungen		Anz. Packungen	
Cimzia		Humira		Simponi	
Injektionslös. 200 mg / ml (2 Stk)		Vorgefüllter Pen 40mg (1 Stk)		Fertigspr. 50mg (1 Stk)	
AutoClicks 200 mg/ml (2 Stk)		Injektionslös. 40 mg (1 Stk)		Pen Injektionslös. 50mg (1 Stk)	
Cosentyx		Durchstechfl. Inj Lös 40 mg (2 Stk)		Fertigspr. 100mg (1 Stk)	
Inj Lös 150mg/1ml Fertigspr (1 Stk)		Inflectra		Pen Injektionslös. 100mg (1 Stk)	
Inj Lös 150mg/1ml Fertigspr (2 Stk)		Durchstechfl. 100 mg (1 Stk)		Stelara	
SensoReady 150mg/1ml (1 Stk)		*Otezla		Fertigspr. Inj Lös 45mg/0.5ml (1 Stk)	
SensoReady 150mg/1ml (2 Stk)		Filmtabl. Starterpackung (27 Stk)		Fertigspr. Inj Lös 90 mg/ml (1 Stk)	
Enbrel		Filmtabl. 30 mg (56 Stk)		Infusionskonz. 130 mg/26ml (1 Stk)	
Injektionslös. 25 mg (4 Stk)		Remicade		Durchtschfl Inj Lös 45mg/0.5ml (1Stk)	
Trockensub. 25 mg (4 Stk)		Trockensubs. 100 mg (1 Stk)		Taltz	
Injektionslös.g 50 mg (2 Stk)		Infusionsset ohne Filter(1 Stk à 21.05)		Fertigen Inj Lös 80 mg/ml (1 Stk)	
MyClic 50 mg (2 Stk)		Infusionsset ohne Filter(1 Stk à 21.05)		Fertigspritze Inj Lös 80 mg/ml (1 Stk)	
Erelzi		Filter – Intrapur Lipid B.Braun (1 Stk)		*Toctino <small>Gem. Fachinfo. Verschreibung für Toctino auf 30 Tage</small>	
Inj Lös 25mg/0.5ml Fertigspr (4 Stk)		Filter – Alaris Extension Set (1Stk)		Kapseln 10 mg (30 Stk)	
Inj Lös 50mg/1ml Fertigspr (2 Stk)		Remsima		Kapseln 30 mg (30 Stk)	
SensoReady 50mg/ 1ml (2 Stk)		Durchstechfl. 100 mg (1 Stk)		Tremfya	
*Keine Home Care Therapiebegleitung				Fertigspr. 100 mg/ml (1 Stk)	

Dosierung _____

Rezept-Gültigkeit Einzelrezept Dauerrezept _____ Monate Repetitionen _____

Kostengutsprache ☞ Bitte Kostengutsprache faxen, sofern vorhanden

Home Care Service Der Arzt wünscht Therapiebegleitung durch MediService Home Care Team

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>_____</p>	<p>Wichtig: Der Patient hat dem Bezug über MediService, der Rezeptübermittlung per Fax und der Therapiebegleitung 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 _____