

Rezept

bitte faxen an:
032 686 28 05

MEDI SERVICE

Ausserfeldweg 1
4528 Zuchwil
Telefon: 0800 220 222
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.:

02184

Medikament	Anzahl Packungen	Medikament	Anzahl Packungen
Aubagio	Filtabletten 14mg (28 Stk.)	Rebif	Starterpackung 8.8 µg+22 µg (6+6 Stk.)
	Filtabletten 14mg (84 Stk.)		Fertigspritzen 22 µg (12 Stk.)
Avonex	Fertigspritzen 0.5ml (4 Stk.)	<i>Fertigspritze</i>	Fertigspritzen 44 µg (12 Stk.)
	Fertigpen 0.5 ml (4 Stk.)		Rebif
Betaferon	Vials (15 Stk.)	<i>Multidose</i>	Für RebiSmart 3 x 22 µg/Woche (4 Stk.)
			Für RebiSmart 3 x 44 µg/Woche (4 Stk.)
Copaxone	Fertigspritzen 20 mg (28 Stk.)	Rebif	Starterpackung 8.8 µg + 22 µg (6+6 Stk.)
	Fertigspritzen 40 mg (12 Stk.)		<i>Fertigpen</i>
Gilenya	Kapseln 0.5 mg (28 Stk.)	Tecfidera	
	Kapseln 0.5 mg (98 Stk.)		Kapseln 120 mg (14 Stk.)
Glatiramyl	Fertigspritzen 20mg (28 Stk.)		Kapseln 240 mg (56 Stk.)
Lemtrada*	Inf Konz 12 mg (1 Stk.)	Tysabri	Inf Konz 300 mg/15ml (1 Stk.)
Ocrevus	Inf Konz 300 mg/ 10ml (1 Stk.)	Andere Medikamente	
Plegridy	Pen 63 µg+94 µg (1+1 Stk.)		
	Pen 125 µg/0.5 ml (2 Stk.)		

* Keine Therapiebegleitung

Rezept Gültigkeit Einzelrezept Dauerrezept ____ Monate Repetitionen ____

Dosierung _____

SVK Formular Bitte bei SVK Patient, ausgefülltes SVK Formular beifügen

Therapiebegleitung Der Arzt wünscht Therapiebegleitung durch MediService Home Care Team

Kostengutsprache Bitte bei Lemtrada und Tysabri die Kostengutsprache beifügen

Lieferadresse Obige Patientenadresse
 Obige Arztadresse
 Spitalapotheke (nebenstehend)
 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 und 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.

14ANDPHC19DF_