

Rezept

bitte faxen an:
032 686 20 30

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	

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	
<p>Datum _____</p> <p>Stempel / Unterschrift _____</p>	<p>Wichtig: Der Patient hat dem Bezug über MediService, der Rezeptübermittlung per Fax zugestimmt. Ich erkläre mich einverstanden, dass meine Kontaktdaten (Vorname, Name, Geschäftsadresse) zu statistischen Zwecken sowie im Falle von unerwünschten Wirkungen des Medikaments durch MediService an den Medikamentenhersteller übermittelt werden (bitte mit Arztunterschrift bestätigen).</p>

15ANDPDS06D_V2_f

02189