

# 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)	
Patientensprache <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> I	
Vorname, Name:	Tel.:
Strasse/Nr.:	Krankenkasse:
PLZ/Ort:	Vers.-Nr.:
Geburtsdatum:	E-Mail:

Anz. Packungen	Anz. Packungen	Anz. Packungen
<b>Benepali</b>	<b>Humira</b>	<b>Simponi</b>
Inj Lös 50mg/ml Fertipen (2 Stk)	Injektionslös. 20 mg (2 Stk)	Fertigspr. 50mg (1 Stk)
Inj Lös 50mg/ml Fertipen (4 Stk)	Vorgefüllter Pen 40mg (1 Stk)	Pen Injektionslös. 50mg (1 Stk)
Inj Lös 50mg/ml Fertigspr (2 Stk)	Injektionslös. 40 mg (1 Stk)	Fertigspr. 100mg (1 Stk)
Inj Lös 50mg/ml Fertigspr (4 Stk)	Vorgefüllter Pen 80mg (1 Stk)	Pen Injektionslös. 100mg (1 Stk)
<b>Cimzia</b>	Injektionslös. 80 mg (1 Stk)	<b>*Skyrizi</b>
Injektionslös. 200 mg / ml (2 Stk)	Durchstechfl. Inj Lös 40 mg (2 Stk)	Inj Lös 75mg/0.83ml Fertigspr (2 Stk)
AutoClicks 200 mg/ml (2 Stk)	<b>*Ilumetri</b>	<b>Stelara</b>
<b>Cosentyx</b>	Inj Lös 100mg/ml Fertigspr (1 Stk)	Fertigspr. Inj Lös 45mg/0.5ml (1 Stk)
Inj Lös 150mg/1ml Fertigspr (1 Stk)	<b>Inflectra</b>	Fertigspr. Inj Lös 90 mg/ml (1 Stk)
Inj Lös 150mg/1ml Fertigspr (2 Stk)	Durchstechfl. 100 mg (1 Stk)	Infusionskonz. 130 mg/26ml (1 Stk)
SensoReady 150mg/1ml (1 Stk)	<b>*Otezla</b>	Durchschfl Inj Lös 45mg/0.5ml (1Stk)
SensoReady 150mg/1ml (2 Stk)	Filmtabl. Starterpackung (27 Stk)	<b>Taltz</b>
<b>*Dupixent</b>	Filmtabl. 30 mg (56 Stk)	Fertipen Inj Lös 80 mg/ml (1 Stk)
Inj Lös 300mg/2ml Fertigspr (2 Stk)	<b>Remicade</b>	Fertigspritze Inj Lös 80 mg/ml (1 Stk)
<b>Enbrel</b>	Trockensubs. 100 mg (1 Stk)	Fertipen Inj Lös 80 mg/ml (2 Stk)
Injektionslös. 25 mg (4 Stk)	Infusionsset ohne Filter(1 Stk à 21.05)	Fertigspritze Inj Lös 80 mg/ml (2 Stk)
Trockensub. 25 mg (4 Stk)	Infusionsset ohne Filter(1 Stk à 21.05)	<b>*Toctino</b> <small>Gem. Fachinfo. Verschreibung für Toctino auf 30 Tage</small>
Injektionslös.g 50 mg (2 Stk)	Filter – Intrapur Lipid B.Braun (1 Stk)	Kapseln 10 mg (30 Stk)
MyClic 50 mg (2 Stk)	Filter – Alaris Extension Set (1Stk)	Kapseln 30 mg (30 Stk)
<b>Erelzi</b>	<b>Remsima</b>	<b>Tremfya</b>
Inj Lös 25mg/0.5ml Fertigspr (4 Stk)	Durchstechfl. 100 mg (1 Stk)	Fertigspr. 100 mg/ml (1 Stk)
Inj Lös 50mg/1ml Fertigspr (2 Stk)		<b>*Keine Home Care Therapiebegleitung</b>
SensoReady 50mg/ 1ml (2 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**

**Wichtig:** Die Ärztin/der Arzt bestätigt mit seiner Unterschrift, dass die/der PatientIn der Rezeptübermittlung, Therapiebegleitung sowie dem Bezug über MediService zugestimmt hat und dass die Daten des Arztes (ohne Patientennamen) zu statistischen Zwecken sowie im Falle von unerwünschten Ereignissen an den Medikamentenhersteller übermittelt werden können.

Datum \_\_\_\_\_ Stempel / Unterschrift \_\_\_\_\_