

Arztdatenblatt für die Anmeldung zur elektronischen Rezeptübermittlung

Senden Sie das ausgefüllte Formular an MediService AG, Ausserfeldweg 1, 4528 Zuchwil
E-Mail: contact@mediservice.ch
Telefon: 032 686 20 20 / Fax: 032 686 20 30

Personendaten	Praxisdaten
Frau <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> _____ Titel _____ Vorname, Name* _____ Fachbereich/Spezialität* _____ ZSR-Nummer* _____ GLN-Nummer _____ Geburtsdatum (Tag. Monat. Jahr) _____	Praxisstempel: _____ Anschrift der Praxis _____ Strasse/Nr.* _____ PLZ* Ort* _____ Telefon* _____ Fax _____ E-Mail*

(* = obligatorische Angaben)

Ausstattung		
PC-System <input type="checkbox"/> MAC <input type="checkbox"/> PC	Betriebssystem <input type="checkbox"/> iOS <input type="checkbox"/> Windows 11 <input type="checkbox"/> Windows 10 <input type="checkbox"/> Windows 9 <input type="checkbox"/> Andere _____	Browser <input type="checkbox"/> Safari <input type="checkbox"/> Microsoft Explorer <input type="checkbox"/> Chrome <input type="checkbox"/> Mozilla Firefox <input type="checkbox"/> Andere _____
<input type="checkbox"/> Ich wünsche eine Rezeptübermittlung direkt aus meiner Praxissoftware.		Praxissoftware: _____

Erklärung	
<p>Hiermit bestätige ich die Vollständigkeit und Korrektheit der gemachten Angaben. Ich bestätige, dass ich eine gültige Zulassung als Arzt in der Schweiz und eine kantonale Berufsausübungsbewilligung habe.</p> <p>Die angegebenen Daten werden von der MediService AG im Rahmen der Anmeldung für das MediScript-ch Rezept- und Bestellerfassungsprogramm verwendet.</p>	
_____ Ort, Datum	_____ Unterschrift der Ärztin/des Arztes