

Rezept

| Arzt Daten (Praxisstempel) | |
|---|---------------|
| Vorname / Name | Tel. |
| Praxis / Klinik | ZSR / GLN Nr. |
| Strasse / Nr. | Fax |
| PLZ / Ort | E-Mail |
| Patientendaten (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 |

Betaferon® Trockensub c Solv Fertigspritzen (15 Stk) _____ **Anzahl Packungen**

Dosierung _____

Rezept-Gültigkeit Einzelrezept Dauerrezept _____ Monate Repetitionen _____

Home Care Service Die Ärztin/der Arzt wünscht eine Therapiebegleitung durch eine MediService Pflegefachperson: Ja Nein

Liederadresse obige Patientenadresse obige Arztadresse
 andere Lieferadresse (CH) Spitalapotheke

Falls ein bestimmtes Lieferdatum gewünscht ist, bitte angeben. Lieferung am: _____

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

Haben Sie das Rezept unterschrieben? Bitte das Rezept an contact@mediservice.ch oder via Fax an **032 686 20 30** senden.

Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Datum, Stempel / Unterschrift