

# Rezept

Arztdaten (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

<input type="checkbox"/> Vyepti® Inf Konz 100 mg/ml Durchstfl 1 ml (1 Stk)	_____ Anzahl Packungen
<input type="checkbox"/> NaCL 0.9 % 100ml PPF inkl. Besteck (1 Stk)	_____ Anzahl Packungen
<input type="checkbox"/> Infusionsset Promedical (1 Stk)	_____ Anzahl Packungen
<input type="checkbox"/> Inf. Filter Sterifix 0.2 µm (1 Stk)	_____ Anzahl Packungen

Dosierung \_\_\_\_\_

Rezept-Gültigkeit  Einzelrezept  Dauerrezept \_\_\_\_\_ Monate  Repetitionen \_\_\_\_\_

Kostengutsprache  Wurde bereits eingeholt (bitte Kopie mitsenden)

Infusionsservice Die Ärztin/der Arzt wünscht die Infusionsdurchführung durch eine MediService Pflegefachperson:  
 Ja  Nein

Lieferadresse  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.

**Unterschrift der Ärztin/des Arztes**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Haben Sie das Rezept unterschrieben? Bitte das Rezept an**