

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

<input type="checkbox"/> Rebif® Starterpackung Inj Lös 6 x 8.8 mcg + 6 x 22 mcg Fertigspritzen (6 + 6 Stk)	_____ Anzahl Packungen
<input type="checkbox"/> Rebif® Inj Lös 22 mcg/0.5 ml Fertigspritzen (12 Stk)	_____ Anzahl Packungen
<input type="checkbox"/> Rebif® Inj Lös 44 mcg/0.5 ml Fertigspritzen (12 Stk)	_____ Anzahl Packungen
<input type="checkbox"/> Rebif® RebiDose Starterpackung Inj Lös 6 x 8.8 mcg + 6 x 22 mcg Fertigpen (6 + 6 Stk)	_____ Anzahl Packungen
<input type="checkbox"/> Rebif® 22 RebiDose Inj Lös 22 mcg/0.5 ml Fertigpen (12 Stk)	_____ Anzahl Packungen
<input type="checkbox"/> Rebif® 44 RebiDose Inj Lös 44 mcg/0.5 ml Fertigpen (12 Stk)	_____ Anzahl Packungen
<input type="checkbox"/> Rebif® 22 Multidose Inj Lös 66 mcg/1.5 ml Patronen (4 Stk)	_____ Anzahl Packungen
<input type="checkbox"/> Rebif® 44 Multidose Inj Lös 132 mcg/1.5 ml Patronen (4 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

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 contact@mediservice.ch oder via Fax an **032 686 20 30** senden.

Datum, Stempel / Unterschrift