

# Rezept

Arztdaten (Praxisstempel)	
Vorname / Name	Tel.
Praxis / Klinik	ZSR / GLN Nr.
Strasse / Nr.	Fax
PLZ / Ort	E-Mail
<b>Patientendaten (Patientenetikette)</b>	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

**Lemtrada®** Inf Konz 12 mg/1.2 ml Durchstechflasche (1 Stk) \_\_\_\_\_ **Anzahl Packungen**

## Dosierung

- 12 mg/Tag an 5 aufeinanderfolgenden Tagen (60 mg Gesamtdosis)  
 12 mg/Tag an 3 aufeinanderfolgenden Tagen (36 mg Gesamtdosis)

## Rezept-Gültigkeit

- Einzelrezept     Dauerrezept \_\_\_\_\_ Monate     Repetitionen \_\_\_\_\_

## Kostengutsprache

- Wurde bereits eingeholt (*bitte Kopie mitsenden*)

## Lieferadresse

- obige Arztadresse     Spitalapotheke  
 andere Lieferadresse (CH)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Falls ein bestimmtes Lieferdatum gewünscht ist, bitte angeben.

Lieferung am: \_\_\_\_\_

## Wichtig

Die Ärztin / der Arzt bestätigt mit ihrer / seiner Unterschrift, dass die / der PatientIn der Rezeptübermittlung, sowie dem Bezug über MediService zugestimmt hat und dass die Angaben 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](mailto:contact@mediservice.ch) oder via Fax an **032 686 20 30** senden.

## Unterschrift des Arztes

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