

<b>Arzt Daten (Praxisstempel)</b>	
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

**Zeposia®** Starterpackung 4 x 0.23 mg + 3 x 0.46 mg Kapseln (4 + 3 Stk) \_\_\_\_\_ **Anzahl Packungen**

**Zeposia®** Monatspackung 0.92 mg Kapseln (28 Stk) \_\_\_\_\_ **Anzahl Packungen**

**Dosierung** \_\_\_\_\_

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

**Indikation gemäss Spezialitätenliste**

Schubförmig remittierende multiple Sklerose (keine Kostengutsprache notwendig)  
 Colitis Ulcerosa im 1. Therapiejahr (keine Kostengutsprache notwendig)  
 Colitis Ulcerosa → **Bei Weiterbehandlung nach einem Jahr ist eine Kostengutsprache nötig!**

**Kostengutsprache**  
(nach dem 1. Behandlungsjahr von Colitis Ulcerosa notwendig)

Wurde bereits eingeholt *(bitte Kopie mitsenden)*

**Home Care Service**  Der Arzt wünscht eine Therapiebegleitung durch das MediService Home Care Team

**Erstdosisüberwachung**  Der Arzt wünscht die Erstdosisüberwachung durch das MediService Home Care Team

**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 / der PatientIn der Rezeptübermittlung, Therapiebegleitung 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.

**Unterschrift des Arztes**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Datum, Stempel / Unterschrift

**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.

<b>Arztdaten (Praxisstempel)</b>	
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

**Lieferadresse**

obige Patientenadresse       obige Arztadresse  
 andere Lieferadresse (CH)       Spitalapotheke

---



---



---



---

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

<p><b>Wichtig</b> Die Ärztin / der Arzt bestätigt mit ihrer / seiner Unterschrift, dass die / der PatientIn der Rezeptübermittlung, Therapiebegleitung 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.</p>	<p><b>Unterschrift des Arztes</b></p>    <hr/> <p>Datum, Stempel / Unterschrift</p>
<p><b>Haben Sie das Rezept unterschrieben? Bitte das Rezept an <a href="mailto:contact@mediservice.ch">contact@mediservice.ch</a> oder via Fax an <b>032 686 20 30</b> senden.</b></p>	