

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"/> Zeposia [®] Starterpackung 4 x 0.23 mg + 3 x 0.46 mg Kapseln (7 Stk)	_____ Anzahl Packungen
<input type="checkbox"/> Zeposia [®] Monatspackung 0.92 mg Kapseln (28 Stk)	_____ Anzahl Packungen

Dosierung _____

Rezept-Gültigkeit Einzelrezept Dauerrezept _____ Monate Repetitionen _____

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

Keine Kostengutsprache nötig (Anwendung innerhalb der Limitatio der Spezialitätenliste und 1. Behandlungsjahr bei Indikation Colitis ulcerosa)
Bei Weiterbehandlung nach dem 1. Behandlungsjahr ist bei Indikation Colitis ulcerosa eine Kostengutsprache notwendig:

Wurde bereits eingeholt (bitte Kopie mitsenden)

Home Care Service Um Ihre Patientin/Ihren Patienten im Umgang mit der Therapie zu unterstützen, wird eine spezialisierte MediService Pflegefachperson mit Ihrer Patientin/Ihrem Patienten Kontakt aufnehmen.

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.

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