

# 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"/> Humira® Inj Lös 20 mg/0.2 ml Fertigspritzen 0.2 ml (2 Stk)	_____ Anzahl Packungen
<input type="checkbox"/> Humira® Inj Lös 40 mg/0.4 ml Fertigspritze 0.4 ml (1 Stk)	_____ Anzahl Packungen
<input type="checkbox"/> Humira® Inj Lös 80 mg/0.8 ml Fertigspritze 0.8 ml (1 Stk)	_____ Anzahl Packungen
<input type="checkbox"/> Humira® Inj Lös 40 mg/0.4 ml Fertigpen 0.4 ml (1 Stk)	_____ Anzahl Packungen
<input type="checkbox"/> Humira® Inj Lös 80 mg/0.8 ml Fertigpen 0.8 ml (1 Stk)	_____ Anzahl Packungen

Dosierung \_\_\_\_\_

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

Kostengutsprache  Wurde bereits eingeholt (bitte Kopie mitsenden)

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](mailto:contact@mediservice.ch) oder via Fax an **032 686 20 30** senden.

Datum, Stempel / Unterschrift