

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"/> Orendia® Inj Lös 125 mg/ml Fertigspritzen 1 ml (4 Stk)	_____ Anzahl Packungen
<input type="checkbox"/> Orendia® Pen Inj Lös 125 mg/ml Fertigpen 1 ml (4 Stk)	_____ Anzahl Packungen
<input type="checkbox"/> Orendia® Trockensub 250 mg mit Spritze Durchstechflasche (1 Stk)	_____ Anzahl Packungen
<input type="checkbox"/> NaCl 0.9% 100 ml inkl. Besteck (1 Stk)	_____ Anzahl Packungen
<input type="checkbox"/> Infusionsset Orendia inkl. Filter 1.2 µm (1 Stk)	_____ Anzahl Packungen
<input type="checkbox"/> Aqua ad inj. 10 ml (OP à 20 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 Injektionsschulung oder Infusionsdurchführung durch eine Medi-Service 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