Rezept

MediService by Redcare

Arztdaten (Praxisstempel)	
Vorname / Name	Tel.
Praxis / Klinik	ZSR / GLN Nr.
Strasse / Nr.	Fax
PLZ / Ort	E-Mail
Patientendaten (Patientenetikette)	Patientensprache ☐ D ☐ F ☐ I
Vorname / Name	Tel.
Strasse / Nr.	Krankenkasse
PLZ / Ort	Vers.-Nr.
Geburtsdatum	E-Mail

☐ **Hyrimoz®** Inj Lös 20 mg/0.2 ml Fertigspritzen (2 Stk)	_____ **Anzahl Packungen**
☐ **Hyrimoz®** Inj Lös 40 mg/0.4 ml Fertigspritze (1 Stk)	_____ **Anzahl Packungen**
☐ **Hyrimoz®** Inj Lös 40 mg/0.4 ml Fertigspritzen (2 Stk)	_____ **Anzahl Packungen**
☐ **Hyrimoz®** Inj Lös 40 mg/0.4 ml Fertigspritzen (6 Stk)	_____ **Anzahl Packungen**
☐ **Hyrimoz®** Inj Lös 80 mg/0.8 ml Fertigspritze (1 Stk)	_____ **Anzahl Packungen**
☐ **Hyrimoz® SensoReady** Inj Lös 40 mg/0.4 ml (1 Stk)	_____ **Anzahl Packungen**
☐ **Hyrimoz® SensoReady** Inj Lös 40 mg/0.4 ml (2 Stk)	_____ **Anzahl Packungen**
☐ **Hyrimoz® SensoReady** Inj Lös 40 mg/0.4 ml (6 Stk)	_____ **Anzahl Packungen**
☐ **Hyrimoz® SensoReady** Inj Lös 80 mg/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.

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

02501

© MediService AG / Version: 22MSE0074DF_c