

# 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

**Cimzia®** Inj Lös 200 mg/ml Fertigspritzen (2 Stk) \_\_\_\_\_ Anzahl Packungen

**Cimzia AutoClicks®** 200 mg/ml Fertigpen (2 Stk) \_\_\_\_\_ Anzahl Packungen

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

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

**Indikation**  Rheumatoide Arthritis  Axiale Spondyloarthritis  
 Psoriatische Arthritis  Plaque-Psoriasis (keine Kostengutsprache notwendig)  
 Morbus Crohn

**Kostengutsprache**  Wurde bereits eingeholt (bitte Kopie mitsenden)  
 Kostengutsprache soll durch MediService eingeholt werden: MediService übernimmt die Einreichung des Kostengutsprache gesuchs an die Krankenkasse. Bitte füllen Sie die Angaben auf der 2. Seite aus.

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

**Unterschrift der Ärztin/des Arztes**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Datum, Stempel / Unterschrift