

Rezept

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

☐ Octanate® Trockensubstanz 250 IE c Solv + Applikationsset (1 Stk)	_____ Anzahl Packungen
☐ Octanate® Trockensubstanz 500 IE c Solv + Applikationsset (1 Stk)	_____ Anzahl Packungen
☐ Octanate® Trockensubstanz 1000 IE c Solv + Applikationsset (1 Stk)	_____ Anzahl Packungen

Dosierung _____

Rezept-Gültigkeit ☐ Einzelrezept ☐ Dauerrezept _____ Monate ☐ Repetitionen _____

Home Care Service Die Ärztin/der Arzt wünscht eine Therapiebegleitung durch eine MediService Pflegefachperson:
☐ Ja ☐ Nein

Zusätzlich benötigte Medikamente	Anzahl	Dosierung
Name, galenische Form, Stärke, Packungsgrösse		

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	