

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

☐ Alprolix® Trockensub 250 IE cum Solv Durchstechflasche (1 Stk)	_____ Anzahl Packungen
☐ Alprolix® Trockensub 500 IE cum Solv Durchstechflasche (1 Stk)	_____ Anzahl Packungen
☐ Alprolix® Trockensub 1000 IE cum Solv Durchstechflasche (1 Stk)	_____ Anzahl Packungen
☐ Alprolix® Trockensub 2000 IE cum Solv Durchstechflasche (1 Stk)	_____ Anzahl Packungen
☐ Alprolix® Trockensub 3000 IE cum Solv Durchstechflasche (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

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 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	

02521