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

Medikament	**Anzahl Packungen**		**Medikament**	**Anzahl Packungen**	
Ambrisentan®	OrPha Filmtabl 5 mg (30 Stk)		**Tadalafil®**	OrPha Filmtabl 20 mg (56 Stk)	
	OrPha Filmtabl 10 mg (30 Stk)				

Dosierung _____

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

Kostengutsprache Tadalafil® ☐ Wurde bereits eingeholt (bitte Kopie mitsenden)

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 /der PatientIn 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.

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

02649

© MediService AG / Version: 25MSE0012DF_a