

# 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

**GlatiramyI®** Inj Lös 20 mg/ml Fertigspritzen 1 ml (28 Stk) \_\_\_\_\_ **Anzahl Packungen**

**GlatiramyI®** Inj Lös 40 mg/ml Fertigspritzen 1 ml (12 Stk) \_\_\_\_\_ **Anzahl Packungen**

Injektionszubehör: Alkoholtupfer, Kompressen, Pflaster, Abwurfbehälter

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

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

**Home Care Service**    Die Ärztin/der Arzt wünscht die Injektionsschulung und Therapiebegleitung durch eine spezialisierte 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