

Rezept

Arztdaten (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

<input type="checkbox"/> Mounjaro ® Inj Lös 2.5 mg/0.5 ml Fertigpen (4 Stk)	_____ Anzahl Packungen
<input type="checkbox"/> Mounjaro ® Inj Lös 5 mg/0.5 ml Fertigpen (4 Stk)	_____ Anzahl Packungen
<input type="checkbox"/> Mounjaro ® Inj Lös 7.5 mg/0.5 ml Fertigpen (4 Stk)	_____ Anzahl Packungen
<input type="checkbox"/> Mounjaro ® Inj Lös 10 mg/0.5 ml Fertigpen (4 Stk)	_____ Anzahl Packungen
<input type="checkbox"/> Mounjaro ® Inj Lös 12.5 mg/0.5 ml Fertigpen (4 Stk)	_____ Anzahl Packungen
<input type="checkbox"/> Mounjaro ® Inj Lös 15 mg/0.5 ml Fertigpen (4 Stk)	_____ Anzahl Packungen
<input type="checkbox"/> Injektionszubehör: Alkoholtupfer, Kompressen, Abwurfbehälter	

Dosierung _____

Rezept-Gültigkeit Einzelrezept Dauerrezept ____ Monate Repetitionen ____

Kostengutsprache

Wurde bereits eingeholt (bitte Kopie mitsenden)

Kostengutsprache soll durch MediService eingeholt werden: MediService übernimmt die Einreichung des Kostengutsprache-Antrags an die Krankenkasse. Bitte senden Sie uns den ausgefüllten Kostengutsprache-Antrag zu.

Der Patient erklärt sich bereit, die Medikamentenkosten selber zu tragen. Die Zahlung erfolgt direkt an MediService.

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, der Einreichung des Kostengutsprache-Antrages 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