

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

☐ Zeposia® Starterpackung 4 x 0.23 mg + 3 x 0.46 mg Kapseln (7 Stk)	_____ Anzahl Packungen
☐ Zeposia® Monatspackung 0.92 mg Kapseln (28 Stk)	_____ Anzahl Packungen

Dosierung _____

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

Indikationscode Bitte auswählen 

Kostengutsprache
(nach dem 1. Behandlungsjahr von Colitis Ulcerosa notwendig)

☐ Keine Kostengutsprache nötig (Anwendung innerhalb der Limitatio der Spezialitätenliste und 1. Behandlungsjahr bei Indikation Colitis ulcerosa)
Bei Weiterbehandlung nach dem 1. Behandlungsjahr ist bei Indikation Colitis ulcerosa eine Kostengutsprache notwendig:
☐ Wurde bereits eingeholt (bitte Kopie mitsenden)

Home Care Service Um Ihre Patientin/Ihren Patienten im Umgang mit der Therapie zu unterstützen, wird eine spezialisierte MediService Pflegefachperson mit Ihrer Patientin/Ihrem Patienten Kontakt aufnehmen.

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