

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"/> Briumvi [®] Inf Konz 150 mg/6ml Durchstechflasche (1 Stk)	_____ Anzahl Packungen
<input type="checkbox"/> Briumvi [®] Inf Konz 150 mg/6ml Durchstechflasche (3 Stk)	_____ Anzahl Packungen
<input type="checkbox"/> Infusionszubehör: Tupfer, Pflaster, Abwurfbehälter	

Dosierung _____

Rezept-Gültigkeit Einzelrezept Dauerrezept ____ Monate Repetitionen ____

Kostengutsprache Wurde bereits eingeholt (bitte Kopie mitsenden)

Home Care Service Die Ärztin/der Arzt wünscht die Verabreichung durch eine spezialisierte MediService Pflegefachperson: Ja Nein

Zusätzlich benötigte Medikamente (Name, galenische Form, Stärke, Packungsgrösse)	Anzahl	Gültigkeit	Dosierung
<input type="checkbox"/> Medrol [®] Tabl 100 mg (10 Stk)			
<input type="checkbox"/> Prednison [®] Tabl 20 mg (20 Stk)			
<input type="checkbox"/> Benocten [®] Tabl 50 mg (20 Stk)			
<input type="checkbox"/> Paracetamol [®] Tabl 500mg (20 Stk)			

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 oder via Fax an **032 686 20 30** senden.

Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Datum, Stempel / Unterschrift