

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

☐ **Teriflunomid Mepha® Teva** Filmtabletten 14 mg (28 Stk) _____ Anzahl Packungen

☐ **Teriflunomid Mepha® Teva** Filmtabletten 14 mg (84 Stk) _____ Anzahl Packungen

Dosierung _____

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

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.

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