

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"/> Nepexto® 25mg/0.5ml Injektionslösung in einer Fertigspritze (4 Stk)	_____ Anzahl Packungen
<input type="checkbox"/> Nepexto® 50mg/1ml Injektionslösung in einer Fertigspritze (2 Stk)	_____ Anzahl Packungen
<input type="checkbox"/> Nepexto® 50mg/1ml Injektionslösung in einer Fertigspritze (4 Stk)	_____ Anzahl Packungen
<input type="checkbox"/> Nepexto® 50mg/1ml Injektionslösung im Fertigpen (2 Stk)	_____ Anzahl Packungen
<input type="checkbox"/> Nepexto® 50mg/1ml Injektionslösung im Fertigpen (4 Stk)	_____ Anzahl Packungen
<input type="checkbox"/> Injektionszubehör: Kompressen, Alkoholtupfer, Abwurfbehälter	

Dosierung _____

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

Kostengutsprache ☐ Wurde bereits eingeholt (bitte Kopie mitsenden)

Home Care Service Die Ärztin / der Arzt wünscht eine kontinuierliche Therapiebegleitung (Schulungen, Besuche, Video- und Telefonkontakte) durch eine spezialisierte MediService Pflegefachperson: ☐ Ja ☐ Nein

Lieferadresse	<input type="checkbox"/> obige Patientenadresse	<input type="checkbox"/> obige Arztadresse
	<input type="checkbox"/> andere Lieferadresse (CH)	<input type="checkbox"/> 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	