

# 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

- Nepexto® 25mg/0.5ml Injektionslösung in einer Fertigspritze (4 Stk) \_\_\_\_\_ Anzahl Packungen
- Nepexto® 50mg/1ml Injektionslösung in einer Fertigspritze (2 Stk) \_\_\_\_\_ Anzahl Packungen
- Nepexto® 50mg/1ml Injektionslösung in einer Fertigspritze (4 Stk) \_\_\_\_\_ Anzahl Packungen
- Nepexto® 50mg/1ml Injektionslösung im Fertigpen (2 Stk) \_\_\_\_\_ Anzahl Packungen
- Nepexto® 50mg/1ml Injektionslösung im Fertigpen (4 Stk) \_\_\_\_\_ Anzahl Packungen
- 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**  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](mailto:contact@mediservice.ch) oder via Fax an 032 686 20 30 senden.

Datum, Stempel / Unterschrift

02689