

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

Yorvipath® Inj Lös 168 mcg / 0.56 ml Fertigpen (2 Stk) _____ **Anzahl Packungen**

Yorvipath® Inj Lös 294 mcg / 0.98 ml Fertigpen (2 Stk) _____ **Anzahl Packungen**
Pen für Therapiestart

Yorvipath® Inj Lös 420 mcg / 1.4 ml Fertigpen (2 Stk) _____ **Anzahl Packungen**

Zusatzmaterialien: Alkoholtupfer, Pflaster, Abwurfbehälter

Dosierung _____

Rezept-Gültigkeit Einzelrezept Dauerrezept _____ Monate Repetitionen _____
Bitte während der Titrationsphase kein Dauerrezept ausstellen!

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, 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