

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.:	E-Mail:
PLZ / Ort:	Krankenkasse:
Geburtsdatum:	Vers.-Nr.:
	Verfügungsnummer (IV):

1 x Deprexis® Interaktive dGa für kognitive Verhaltenstherapie

Pharmacode 1187001

Rezept-Gültigkeit ☒ Einzelrezept (1 Lizenz für 90 Tage)
Ich bestätige mit meiner Unterschrift**Mein Patient wurde informiert, dass die Rezeptübermittlung durch die Praxis erfolgt.**

Ich bevollmächtige den behandelnden Arzt hiermit ausdrücklich, das ausgestellte Rezept in meinem Namen direkt an folgende Apotheke: contact@mediservice.ch zu übermitteln.

Mein Patient wurde informiert, dass CHF 78.– selbst zu tragende Kosten auf ihn zukommen.

Zudem bestätige ich, dass ich darüber informiert wurde, dass durch diese Dienstleistung / Behandlung Zusatzkosten in Höhe von CHF 78.– (Selbstkosten) entstehen, die ich selbst zu tragen habe. Meine E-Mail-Adresse darf für Rückfragen und Bestätigungen im Zusammenhang mit dieser Rezeptierung verwendet werden.

Welcher Arztgruppe sind sie zuzuordnen?

- ☐ Fachärzte und Fachärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie,
- ☐ Fachärzte und Fachärztinnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
- ☐ Ärzte und Ärztinnen mit interdisziplinärem Schwerpunkt Psychosomatische und Psychosoziale Medizin
(Weiterbildungsprogramm vom 1. Januar 2000, revidiert am 13. Juni 2019)
- ☐ keiner der oben erwähnten Arztgruppen (= Limitatio nicht erfüllt → Kosten vollständig zu Lasten des Patienten)



Bitte beachten: Für die Zustellung der Zugangscodes ist zwingend eine Mailadresse des Patienten zu vermerken.

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 meldepflichtigen Ereignissen, an den Hersteller / Schweizer Repräsentanten des Herstellers 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