

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

☐ **Stivarga®** Filmtabletten 40 mg 3 Flaschen x 28 Stk (84 Stk) _____ **Anzahl Packungen**

Dosierung _____

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

Indikationscode Bitte auswählen 

Indikation

- ☐ Metastasiertes kolorektales Karzinom (mCRC)
- ☐ Gastrointestinaler Stromatumor (GIST)
- ☐ Leberzellkarzinom (HCC)
- ☐ Andere Indikation _____

Kostengutsprache ☐ Wurde bereits eingeholt (bitte Kopie mitsenden)

Home Care Service Die Ärztin/der Arzt wünscht eine Therapiebegleitung durch eine 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.

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