# Rezept

MediService by Redcare

| **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 |

☐ **Tecfidera®** Kapseln 120 mg (14 Stk) _____ **Anzahl Packungen**

☐ **Tecfidera®** Kapseln 240 mg (56 Stk) _____ **Anzahl Packungen**

☐ **Tecfidera®** Kapseln 240 mg (168 Stk) _____ **Anzahl Packungen**

**Dosierung** _____

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

**Home Care Service** Zur Optimierung der Therapieadhärenz und -umsetzung wird eine spezialisierte MediService Pflegefachperson mit der Patientin/dem Patienten Kontakt aufnehmen

**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

02477

© MediService AG / Version: 22MSE0053DF_d