

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

☐ **Adcirca®** (Tadalafil) 20 mg Filmtabletten (56 Stk) _____ **Anzahl Packungen**

Dosierung _____

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

Indikation ☐ Pulmonale arterielle Hypertonie (gemäss Fachinformation)

☐ Wurde bereits eingeholt (bitte Kopie mitsenden)
☐ Kostengutsprache soll durch MediService eingeholt werden. MediService übernimmt die Einreichung des Kostengutsprache gesuches an die Krankenkasse.

Kostengutsprache

☐ Erstmalige Indikationsstellung erfolgte durch ein tertiäres Zentrum für pulmonale Hypertonie bzw. durch einen qualifizierten Facharzt für Pneumologie und Kardiologie

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 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