

Rezept

bitte faxen an:
032 686 20 30

Arztdaten (evtl. Praxisstempel)	
Vorname, Name:	Tel.:
Praxis/Klinik:	ZSR:
Strasse/Nr.:	Fax:
PLZ/Ort:	E-Mail:
Patientendaten (evtl. 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:

AIMOVIG® (Erenumab) SureClick® 70 mg/ml Fertigpen (1 Stk) _____ Anzahl Packungen

AIMOVIG® (Erenumab) SureClick® 140 mg/ml Fertigpen (1 Stk) _____ Anzahl Packungen

Dosierung _____

Rezept - Gültigkeit Einzelrezept Dauerrezept _____ Monate Repetitionen _____

Kostengutsprache ☞ Wurde bereits eingeholt (bitte eine Kopie an obige Nummer faxen)

Therapiebegleitung Der Patient wünscht Therapiebegleitung durch miCARE

Zubehör SOFTA Swabs Reinigungstupfer 100 Stk

Zusätzlich benötigte Medikamente:

Rp. Medikament Name, galenische Form, Stärke	Packungs- grösse	Anzahl Packungen	Gültigkeit	Dosierung

Lieferadresse obige Patientenadresse _____
 obige Arztadresse _____
 andere Lieferadresse (CH) nebenstehend _____
 Spitalapotheke nebenstehend _____

Falls ein bestimmtes Lieferdatum gewünscht ist, bitte angeben. Lieferung am: _____

Unterschrift des Arztes	
<p>Wichtig: Die Ärztin/der Arzt bestätigt mit seiner Unterschrift, dass die/die PatientIn der Rezeptübermittlung, Therapiebegleitung sowie dem Bezug über MediService zugestimmt hat und dass die Daten des Arztes (ohne Patientennamen) zu statistischen Zwecken sowie im Falle von unerwünschten Ereignissen an den Medikamentenhersteller übermittelt werden können.</p>	
Datum	Stempel / Unterschrift