

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

Ajovy®

<input type="checkbox"/> Fertigspritze Inj Lös 225 mg/1.5 ml (1 Stk)	_____ Anzahl Packungen
<input type="checkbox"/> Fertigspritze Inj Lös 225 mg/1.5 ml (3 Stk)	_____ Anzahl Packungen
<input type="checkbox"/> Fertigpen Inj Lös 225 mg/1.5 ml (1 Stk)	_____ Anzahl Packungen

Copaxone®

<input type="checkbox"/> Fertigspritze Inj Lös 20 mg/ml (28 Stk)	_____ Anzahl Packungen
<input type="checkbox"/> Fertigspritze Inj Lös 40 mg/ml (12 Stk)	_____ Anzahl Packungen
<input type="checkbox"/> Fertigpen Inj Lös 40 mg/ml (12 Stk)	_____ Anzahl Packungen

Fingolimod Mepha®

<input type="checkbox"/> Kapseln 0.5 mg (28 Stk)	_____ Anzahl Packungen
<input type="checkbox"/> Kapseln 0.5 mg (84 Stk)	_____ Anzahl Packungen

Dosierung _____

Rezept-Gültigkeit Einzelrezept Dauerrezept ____ Monate Repetitionen ____

Kostengutsprache Ajovy® Wurde bereits eingeholt (*bitte Kopie mitsenden*)

Home Care Service Der Arzt wünscht Therapiebegleitung durch MediService Home Care Team

Erstdosisüberwachung Fingolimod Mepha® Der Arzt wünscht die Erstdosisüberwachung durch das MediService Home Care Team

Lieferadresse

obige Patientenadresse obige Arztadresse
 andere Lieferadresse (CH) Spitalapotheke

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

<p>Wichtig Die Ärztin / der Arzt bestätigt mit ihrer / seiner Unterschrift, dass die / der PatientIn der Rezeptübermittlung, Therapiebegleitung 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.</p> <p>Haben Sie das Rezept unterschrieben? Bitte das Rezept an contact@mediservice.ch oder via Fax an 032 686 20 30 senden.</p>	<p>Unterschrift des Arztes</p>
	<p>Datum, Stempel / Unterschrift</p>