

# Rezept

bitte faxen an:  
**032 686 20 30**

**MEDI SERVICE**

Ausserfeldweg 1

4528 Zuchwil

Telefon: 032 686 20 20

E-Mail: [contact@mediservice.ch](mailto:contact@mediservice.ch)

Ihre Spezialapotheke

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:

02380

## Amgevita® (Adalimumab)

- |   |       |                |
|---|-------|----------------|
| <input type="checkbox"/> Amgevita Fertigpen 40mg/0.8ml (1 Stk.)     | _____ | Anzahl Packung |
| <input type="checkbox"/> Amgevita Fertigpen 40mg/0.8ml (2 Stk.)     | _____ | Anzahl Packung |
| <input type="checkbox"/> Amgevita Fertigspritze 40mg/0.8mg (1 Stk.) | _____ | Anzahl Packung |
| <input type="checkbox"/> Amgevita Fertigspritze 40mg/0.8mg (2 Stk.) | _____ | Anzahl Packung |

### Dosierung

\_\_\_\_\_

**Rezept-Gültigkeit**  Einzelrezept  Dauerrezept \_\_\_\_\_ Monate  Repetitionen \_\_\_\_\_

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

**Therapiebegleitung**  Der Arzt wünscht Therapiebegleitung durch das MediService Home Care Team

- Lieferadresse**
- obige Patientenadresse
  - obige Arztadresse
  - andere Lieferadresse (CH) nebenstehend

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Falls ein bestimmtes Lieferdatum gewünscht ist, bitte angeben.

Lieferung am: \_\_\_\_\_

### Unterschrift des Arztes

**Wichtig:** Die Ärztin/der Arzt bestätigt mit seiner Unterschrift, dass die/der 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.

Datum

Stempel / Unterschrift