

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:

Anz. Packungen	Anz. Packungen	Anz. Packungen
Benepali	Humira	Simponi
Inj Lös 50mg/ml Fertipen (2 Stk)	Injektionslös. 20 mg (2 Stk)	Fertigspr. 50mg (1 Stk)
Inj Lös 50mg/ml Fertipen (4 Stk)	Vorgefüllter Pen 40mg (1 Stk)	Pen Injektionslös. 50mg (1 Stk)
Inj Lös 50mg/ml Fertigspr (2 Stk)	Injektionslös. 40 mg (1 Stk)	Fertigspr. 100mg (1 Stk)
Inj Lös 50mg/ml Fertigspr (4 Stk)	Vorgefüllter Pen 80mg (1 Stk)	Pen Injektionslös. 100mg (1 Stk)
Cimzia	Injektionslös. 80 mg (1 Stk)	*Skyrizi
Injektionslös. 200 mg / ml (2 Stk)	Durchstechfl. Inj Lös 40 mg (2 Stk)	Inj Lös 75mg/0.83ml Fertigspr (2 Stk)
AutoClicks 200 mg/ml (2 Stk)	*Ilumetri	Stelara
Cosentyx	Inj Lös 100mg/ml Fertigspr (1 Stk)	Fertigspr. Inj Lös 45mg/0.5ml (1 Stk)
Inj Lös 150mg/1ml Fertigspr (1 Stk)	Inflectra	Fertigspr. Inj Lös 90 mg/ml (1 Stk)
Inj Lös 150mg/1ml Fertigspr (2 Stk)	Durchstechfl. 100 mg (1 Stk)	Infusionskonz. 130 mg/26ml (1 Stk)
SensoReady 150mg/1ml (1 Stk)	*Otezla	Durchschfl Inj Lös 45mg/0.5ml (1Stk)
SensoReady 150mg/1ml (2 Stk)	Filmtabl. Starterpackung (27 Stk)	Taltz
*Dupixent	Filmtabl. 30 mg (56 Stk)	Fertipen Inj Lös 80 mg/ml (1 Stk)
Inj Lös 300mg/2ml Fertigspr (2 Stk)	Remicade	Fertigspritze Inj Lös 80 mg/ml (1 Stk)
Enbrel	Trockensubs. 100 mg (1 Stk)	Fertipen Inj Lös 80 mg/ml (2 Stk)
Injektionslös. 25 mg (4 Stk)	Infusionsset ohne Filter(1 Stk à 21.05)	Fertigspritze Inj Lös 80 mg/ml (2 Stk)
Trockensub. 25 mg (4 Stk)	Infusionsset ohne Filter(1 Stk à 21.05)	*Toctino <small>Gem. Fachinfo. Verschreibung für Toctino auf 30 Tage</small>
Injektionslös.g 50 mg (2 Stk)	Filter – Intrapur Lipid B.Braun (1 Stk)	Kapseln 10 mg (30 Stk)
MyClic 50 mg (2 Stk)	Filter – Alaris Extension Set (1Stk)	Kapseln 30 mg (30 Stk)
Erelzi	Remsima	Tremfya
Inj Lös 25mg/0.5ml Fertigspr (4 Stk)	Durchstechfl. 100 mg (1 Stk)	Fertigspr. 100 mg/ml (1 Stk)
Inj Lös 50mg/1ml Fertigspr (2 Stk)		*Keine Home Care Therapiebegleitung
SensoReady 50mg/ 1ml (2 Stk)		

Dosierung

Rezept-Gültigkeit Einzelrezept Dauerrezept ____ Monate Repetitionen ____

Kostengutsprache ☞ Bitte Kostengutsprache faxen, sofern vorhanden

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

Lieferadresse obige Patientenadresse _____

obige Arztadresse _____

andere Lieferadresse (CH) nebenstehend _____

Spitalapotheke 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 _____