

# Rezept

bitte faxen an:  
**032 686 28 05**

02258

Arztdaten (evtl. Praxisstempel)	
Vorname, Name:	Tel.:
Praxis/Klinik:	ZSR:
Strasse/Nr.:	Fax:
PLZ/Ort:	E-Mail:
Patientendaten (evtl. Patientenetikette)	
Vorname, Name:	Tel.:
Strasse/Nr.:	Sprache: <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> I
PLZ/Ort:	Krankenkasse:
Geburtsdatum:	Vers.-Nr.:

- ERELZI® SensoReady® 50 mg/ 1ml Fertigpen (2 Stk) \_\_\_\_\_ Anzahl Packung
- ERELZI® Inj Lös 50 mg/ 1ml Fertigspritzen (2 Stk) \_\_\_\_\_ Anzahl Packung
- ERELZI® Inj Lös 25 mg/ 0.5ml Fertigspritzen (4 Stk) \_\_\_\_\_ Anzahl Packung

**Dosierung** \_\_\_\_\_

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

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

**Zusätzlich benötigte Medikamente:**

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

- Lieferadresse**  Obige Patientenadresse \_\_\_\_\_
- Obige Arztadresse \_\_\_\_\_
- Spitalapotheke (nebenstehend) \_\_\_\_\_
- Andere Lieferadresse (CH) nebenstehend \_\_\_\_\_

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

Unterschrift des Arztes	
<p><b>Datum</b> _____</p> <p><b>Stempel / Unterschrift</b> _____</p>	<p><b>Wichtig:</b> Der Patient hat dem Bezug über MediService, der Rezeptübermittlung per Fax zugestimmt (bitte mit Arztunterschrift bestätigen). Ich erkläre mich einverstanden, dass im Falle von unerwünschten Ereignissen MediService gegebenenfalls meine Kontaktdaten an die Herstellerfirma weiterleitet, damit die Firma mich bei Rückfragen direkt kontaktieren kann.</p>

18ANDPHC009DF\_a