

# Rezept

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

Arzt Daten (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:
<input type="checkbox"/> <b>Lenvima<sup>®</sup></b> (Lenvatinib) Kaps 4mg 30 Stk	_____ <b>Anzahl Packungen</b>
<input type="checkbox"/> <b>Lenvima<sup>®</sup></b> (Lenvatinib) Kaps 10mg 30 Stk	_____ <b>Anzahl Packungen</b>
<b>Indikation</b> Innerhalb der SL:	<input type="checkbox"/> Differenziertes Schilddrüsenkarzinom (DTC) <input type="checkbox"/> Hepatozelluläres Karzinom (HCC)
<input type="checkbox"/> <b>Nexavar<sup>®</sup></b> (Sorafenib) Filmtabl 200 mg 112 Stk	_____ <b>Anzahl Packungen</b>
<b>Indikation</b> Innerhalb der SL:	<input type="checkbox"/> Leberzellkarzinom <input type="checkbox"/> Radiojod-refraktäres Schilddrüsenkarzinom
Ausserhalb der SL:	<input type="checkbox"/> Nierenzellkarzinom <input type="checkbox"/> Sonstige: _____
<input type="checkbox"/> <b>Stivarga<sup>®</sup></b> (Regorafenib) Filmtabl 40 mg 3 x 28 Stk	_____ <b>Anzahl Packungen</b>
<b>Indikation</b> Innerhalb der SL:	<input type="checkbox"/> Metastasiertes kolorektales Karzinom (mCRC) <input type="checkbox"/> Gastrointestinaler Stromatumor (GIST) <input type="checkbox"/> Leberzellkarzinom (HCC)
Ausserhalb der SL:	<input type="checkbox"/> Sonstige: _____

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

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

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

**Therapiebegleitung**  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