

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:

02287

Anz. Packungen	Anz. Packungen	Anz. Packungen
Cimzia	Inflectra	Simponi
Injektionslös. 200 mg / ml (2 Stk)	Durchstechfl. 100 mg (1 Stk)	Fertigspr. 50mg (1 Stk)
AutoClicks 200 mg/ml (2 Stk)	Remicade	Pen Injektionslös. 50mg (1 Stk)
Entyvio	Trockensubs. 100 mg (1 Stk)	Fertigspr. 100mg (1 Stk)
Durchstechflasche 300 mg (1 Stk)	Inf. set ohne Filter (1 Stk à 21.05)	Pen Injektionslös. 100mg (1 Stk)
Humira	Filter – Codan Set (1 Stk)	Stelara
Injektionslös. 20 mg (2 Stk)	Filter – Intrapur Lipid B.Braun (1 Stk)	Fertigspr. Inj Lös 45mg/0.5ml (1 Stk)
Vorgefüllter Pen 40mg (1 Stk)	Filter – Alaris Extension Set (1Stk)	Fertigspr. Inj Lös 90 mg/ml (1 Stk)
Injektionslös. 40 mg (1 Stk)	Remsima	Infusionskonz. 130 mg/26ml (1 Stk)
Vorgefüllter Pen 80mg (1 Stk)	Durchstechfl. 100 mg (1 Stk)	Durchschfl Inj Lös 45mg/0.5ml (1Stk)
Injektionslös. 80 mg (1 Stk)		
Durchstechfl. Inj Lös 40 mg (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