

Rezept

bitte faxen an:
032 686 28 05

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.:

Anz. Packungen		Anz. Packungen		Anz. Packungen	
Bosulif		Imnovid		Sprycel	
Filmtabletten 100 mg 28 Stk		Kapseln 1 mg 21 Stk		Filmtabletten 20 mg 60 Stk	
Filmtabletten 400 mg 28 Stk		Kapseln 2 mg 21 Stk		Filmtabletten 50 mg 60 Stk	
Filmtabletten 500 mg 28 Stk		Kapseln 3 mg 21 Stk		Filmtabletten 70 mg 60 Stk	
Farydak		Kapseln 4 mg 21 Stk		Filmtalbetten 100 mg 30 Stk	
Kapseln 10 mg 6 Stk		Ninlaro		Tasigna	
Kapseln 15 mg 6 Stk		Kapseln 2.3 mg 3 Stk		Kapseln 50 mg 120 Stk	
Kapseln 20 mg 6 Stk		Kapseln 3 mg 3 Stk		Kapseln 150 mg 112 Stk	
Glivec		Kapseln 4 mg 3 Stk		Kapseln 200 mg 28 Stk	
Filmtabletten 100 mg 60 Stk		Revlimid		Kapseln 200 mg 112 Stk	
Filmtabletten 400 mg 30Stk.		Kapseln 2.5 mg 21 Stk		Venclyxto	
Iclusig		Kapseln 5 mg 21 Stk		Filmtabletten 10 mg 14 Stk	
Filmtabletten 15 mg 30 Stk		Kapseln 7.5 mg 21 Stk		Filmtabletten 50 mg 7 Stk	
Filmtabletten 30 mg 30 Stk		Kapseln 10 mg 21 Stk		Filmtabletten 100 mg 7 Stk	
Filmtabletten 45 mg 30 Stk		Kapseln 15 mg 21 Stk		Filmtalbetten 100 mg 14 Stk	
Imbruvica		Kapseln 20 mg 21 Stk		Filmtabletten 100 mg 112 Stk	
Filmtabletten 140 mg 28 Stk		Kapseln 25 mg 21 Stk		Zydelig	
Filmtabletten 280 mg 28 Stk		Rydapt		Filmtabletten 100 mg 60 Stk	
Filmtabletten 420 mg 28 Stk		Kapseln 25 mg 56 Stk		Filmtalbetten 150 mg 60 Stk	
Filmtabletten 560 mg 28 Stk		Kapseln 25 mg 112 Stk			

Rezept Gültigkeit Einzelrezept Dauerrezept ___ Monate Repetitionen ___

Dosierung _____

Kostengutsprache Nicht erforderlich
 Liegt bereits vor (bitte eine Kopie an die obige Nummer faxen)

Lieferadresse obige Patientenadresse _____
 obige Arztadresse _____
 andere Lieferadresse (CH) nebenstehend _____
 Spitalapotheke nebenstehend _____

Falls ein bestimmtes Lieferdatum gewünscht ist bitte angeben. Lieferung am: _____

<p>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.</p>	Unterschrift des Arztes	
	Datum	Stempel / Unterschrift