

### Arztdaten (Praxisstempel)

Vorname / Name	Tel.
Praxis / Klinik	ZSR / GLN Nr.
Strasse / Nr.	Fax
PLZ / Ort	E-Mail

### Patientendaten (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"/> ERELZI® SensoReady® 50 mg/1 ml Fertigpen (2 Stk)	_____	Anzahl Packungen
<input type="checkbox"/> ERELZI® Inj Lös 50 mg/1 ml Fertigspritze (2 Stk)	_____	Anzahl Packungen
<input type="checkbox"/> ERELZI® Inj Lös 25 mg/0.5 ml Fertigspritze (4 Stk)	_____	Anzahl Packungen
<input type="checkbox"/> HYRIMOZ® SensoReady® 40 mg/0.8 ml Fertigpen (1 Stk)	_____	Anzahl Packungen
<input type="checkbox"/> HYRIMOZ® SensoReady® 40 mg/0.8 ml Fertigpen (2 Stk)	_____	Anzahl Packungen
<input type="checkbox"/> HYRIMOZ® SensoReady® 40 mg/0.8 ml Fertigpen (6 Stk)	_____	Anzahl Packungen
<input type="checkbox"/> HYRIMOZ® Inj Lös 20 mg/0.4 ml Fertigspritze (2 Stk)	_____	Anzahl Packungen
<input type="checkbox"/> HYRIMOZ® Inj Lös 40 mg/0.8 ml Fertigspritze (1 Stk)	_____	Anzahl Packungen
<input type="checkbox"/> HYRIMOZ® Inj Lös 40 mg/0.8 ml Fertigspritze (2 Stk)	_____	Anzahl Packungen
<input type="checkbox"/> HYRIMOZ® Inj Lös 40 mg/0.8 ml Fertigspritze (6 Stk)	_____	Anzahl Packungen

### Dosierung \_\_\_\_\_

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

Kostengutsprache  Wurde bereits eingeholt (*bitte Kopie mitsenden*)

Lieferadresse  obige Patientenadresse  obige Arztadresse  
 andere Lieferadresse (CH)  Spitalapotheke

---



---



---



---

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

**Wichtig**  
Die Ärztin / der Arzt bestätigt mit ihrer / seiner Unterschrift, dass die / der PatientIn der Rezeptübermittlung, sowie dem Bezug über MediService zugestimmt hat und dass die Angaben des Arztes (ohne Patientennamen) zu statistischen Zwecken sowie im Falle von unerwünschten Ereignissen an den Medikamentenhersteller übermittelt werden können.

**Haben Sie das Rezept unterschrieben?** Bitte das Rezept an [contact@mediservice.ch](mailto:contact@mediservice.ch) oder via Fax an **032 686 20 30** senden.

**Unterschrift des Arztes**

---

Datum, Stempel / Unterschrift