Rezept

MediService by Redcare

Arztdaten (Praxisstempel)	
Vorname / Name	Tel.
Praxis / Klinik	ZSR / GLN Nr.
Strasse / Nr.	Fax
PLZ / Ort	E-Mail
Patientendaten (Patientenetikette)	Patientensprache ☐ D ☐ F ☐ I
Vorname / Name	Tel.
Strasse / Nr.	Krankenkasse
PLZ / Ort	Vers.-Nr.
Geburtsdatum	E-Mail

Medikament (Name, galenische Form, Stärke, Packungsgrösse)	**Anzahl**	**Dosierung**

Rezept-Gültigkeit ☐ Einzelrezept ☐ Dauerrezept _____ Monate ☐ Repetitionen _____

Kostengutsprache (sofern notwendig) ☐ Wurde bereits eingeholt (bitte Kopie mitsenden)

Bemerkungen: *Bei Dauerrezepten senden wir in der Regel Medikamente für 3 Monate. Wenn momentan **keine** Lieferung gewünscht wird, bitte bei der Anzahl "non disp" eintragen.*

Weitere Informationen: _____

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 Patientin/der Patient der Rezeptübermittlung, Therapiebegleitung sowie dem Bezug über MediService zugestimmt hat und dass die Angaben der Ärztin/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** oder via Fax an **032 686 20 30** senden.

Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Datum, Stempel / Unterschrift

02314

© MediService AG / Version: 14ANDPHC01F_h