

Rezept

bitte faxen an:
032 686 28 05

Ausserfeldweg 1
4528 Zuchwil
Telefon: 0800 220 222
E-Mail: pharmacare@mediservice.ch

02253

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.:

- OCTAGAM[®] 10 % Inf. Lös. 2 g/20 ml i.v. Durchstechflasche (1 Stk)** _____ Anzahl Packung
- OCTAGAM[®] 10 % Inf. Lös. 5 g/50 ml i.v. Durchstechflasche (1 Stk)** _____ Anzahl Packung
- OCTAGAM[®] 10 % Inf. Lös. 10 g/100 ml i.v. Durchstechflasche (1 Stk)** _____ Anzahl Packung
- OCTAGAM[®] 10 % Inf. Lös. 20 g/200 ml i.v. Durchstechflasche (1 Stk)** _____ Anzahl Packung

Dosierung

Rezept-Gültigkeit

- Einzelrezept
 Dauerrezept ____ Monate
 Repetitionen _____

Indikation

- Verschreibung innerhalb der SL
 Verschreibung innerhalb ausserhalb der SL (bitte eine Kopie der Kostengutsprache an die obige Nummer faxen)

Zusätzlich benötigte Medikamente:

Rp. Medikament Name, galenische Form, Stärke	Packungs- grösse	Anzahl Packungen	Gültigkeit	Dosierung

Lieferadresse

- obige Arztadresse _____
 andere Lieferadresse (CH) nebenstehend _____

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

Unterschrift des Arztes	
<p>Wichtig: Der Patient hat dem Bezug über MediService, der Rezeptübermittlung per Fax zugestimmt (bitte mit Arztunterschrift bestätigen). Ich erkläre mich einverstanden, dass im Falle von unerwünschten Ereignissen MediService gegebenenfalls meine Kontaktdaten an die Herstellerfirma weiterleitet, damit die Firma mich bei Rückfragen direkt kontaktieren kann.</p>	
Datum _____	Stempel / Unterschrift _____

18ANDPHC006DF_a