

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.:

02221

Opsumit® (Macitentan) 10 mg 30 Stk. _____ Anzahl Packungen

Dosierung: _____

Rezeptgültigkeit: Einzelrezept Dauerrezept _____ Monate Repetitionen _____

Indikation gemäss SL Pulmonale Arterielle Hypertonie (PAH)
(Keine Kostengutsprache nötig)

Andere Anwendungen: _____
(Kostengutsprache nötig)

Kostengutsprache Liegt bereits vor (*bitte Kostengutsprache an obige Nummer faxen*)
 Kostengutsprache soll durch MediService eingeholt werden. (*MediService übernimmt die Einreichung des Kostengutsprache gesuches an die Krankenkasse*)

Zusätzlich benötigte Medikamente:

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

Lieferadresse obige Patientenadresse _____
 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 _____

14ANDPHC31DF_a