

Rezept

bitte faxen an:
032 686 20 30

Arztdaten (evtl. Praxisstempel)	
Vorname, Name:	Tel.:
Praxis/Klinik:	ZSR:
Strasse/Nr.:	Fax:
PLZ/Ort:	E-Mail:
Patientendaten (evtl. 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:

- Otezla® Starterpackung (Apremilast)** Filmtabletten 27 Stk _____ Anzahl Packungen
- Otezla® 30 mg Monatspackung (Apremilast)** Filmtabletten 56 Stk. _____ Anzahl Packungen

Dosierung _____

Rezept-Gültigkeit Einzelrezept Dauerrezept _____ Monate Rep _____ mal

Kassenpflichtige Indikationen (Keine Kostengutsprache notwendig)

- Psoriasis Arthritis Psoriasis vulgaris

Nicht kassenpflichtige Indikation (Kostengutsprache notwendig, bitte eine Kopie an die obige Nummer faxen)

Zusätzlich benötigte Medikamente:

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

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

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

Unterschrift des Arztes

Wichtig: Die Ärztin/der Arzt bestätigt mit seiner Unterschrift, dass die/der PatientIn der Rezeptübermittlung 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.

Datum _____ Stempel / Unterschrift _____