

# 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:

02315

**Radicava® 30 mg / 100ml Infusionsbeutel 2 Stk** \_\_\_\_\_ Anzahl Packungen

**Dosierung** \_\_\_\_\_

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

**Therapiebegleitung**  Der Arzt wünscht Therapiebegleitung durch MediService Home Care Team

**Spitex-Vermittlung**  Der Arzt wünscht die Spitex-Vermittlung durch MediService.  
*Bitte das separate Spitex Anmeldeformular ausfüllen.*

**Therapiestart**  im Spital  zu Hause: 1. Heiminfusion ist gewünscht am: \_\_\_\_\_

**Kostengutsprache** ☞ Wurde bereits eingeholt (*bitte eine Kopie an obige Nummer faxen*)

**Zusätzlich benötigte Medikamente oder Zubehör:**

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	
<b>Wichtig:</b> Die Ärztin/der Arzt bestätigt mit seiner Unterschrift, dass die/der PatientIn der Rezeptübermittlung, Therapiebegleitung 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

14ANDBUS08DF\_a