

Rezept

bitte faxen an:
032 686 20 30

Ausserfeldweg 1
4528 Zuchwil
Telefon: 032 686 20 20
E-Mail: contact@mediservice.ch

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:

Anz. Packungen	Anz. Packungen	Anz. Packungen
Actemra	Erelzi	Orencia
Infusionskonz. 80 mg / 4 ml (1 Stk)	Inj Lös 25mg/0.5ml Fertigspr (4 Stk)	Fertigspr. 125 mg/ml (4 Stk)
Infusionskonz. 200 mg / 10 ml (1 Stk)	Inj Lös 50mg/1ml Fertigspr (2 Stk)	Trockensub mit Spritze 250mg (1 Stk)
Infusionskonz. 400 mg / 20 ml (1 Stk)	SensoReady 50mg/ 1ml (2 Stk)	Fertigpen 125 mg/ml (4 Stk)
Fertigspr. 162 mg/0,9 ml (4 Stk)	Humira	Remicade
Actemra® Infusionsset (1 Stk)	Injektionslös. 20 mg (2 Stk)	Trockensubs. 100 mg (1 Stk)
Fertigpen 162 mg/0.9ml (4 Stk)	Vorgefüllter Pen 40mg (1 Stk)	Infusionsset ohne Filter (1 Stk à 21.05)
Benepali	Injektionslös. 40 mg (1 Stk)	Filter – Codan Set (1 Stk)
Inj Lös 50mg/ml Fertigpen (2 Stk)	Vorgefüllter Pen 80mg (1 Stk)	Filter – Intrapur Lipid B.Braun (1 Stk)
Inj Lös 50mg/ml Fertigpen (4 Stk)	Injektionslös. 80 mg (1 Stk)	Filter – Alaris Extension Set (1 Stk)
Inj Lös 50mg/ml Fertigspr (2 Stk)	Durchstechfl. Inj Lös 40 mg (2 Stk)	Remsima
Inj Lös 50mg/ml Fertigspr (4 Stk)	Inflectra	Durchstechfl. 100 mg (1 Stk)
Cimzia	Durchstechfl. 100 mg (1 Stk)	Simponi
Injektionslös. 200 mg / ml (2 Stk)	Kevzara	Fertigspr. 50mg (1 Stk)
AutoClicks 200 mg/ml (2 Stk)	Fertigspritze 150mg/1.14ml (2 Stk)	Pen Injektionslös. 50mg (1 Stk)
Cosentyx	Fertigspritze 200mg/1.14ml (2 Stk)	Fertigspr. 100mg (1 Stk)
Inj Lös 150mg/1ml Fertigspr (1 Stk)	Fertigpen 150mg/1.14ml (2 Stk)	Pen Injektionslös. 100mg (1 Stk)
Inj Lös 150mg/1ml Fertigspr (2 Stk)	Fertigpen 200mg/1.14ml (2 Stk)	Stelara
SensoReady 150mg/1ml (1 Stk)	*Olumiant	Fertigspr. Inj Lös 45mg/0.5ml (1 Stk)
SensoReady 150mg/1ml (2 Stk)	Filmtabl. 2 mg (28 Stk)	Fertigspr. Inj Lös 90 mg/ml (1 Stk)
Enbrel	Filmtabl. 4 mg (28 Stk)	Infusionskonz. 130 mg/26ml (1 Stk)
Injektionslös. 25 mg (4 Stk)	*Otezla	Durchschfl Inj Lös 45mg/0.5ml (1Stk)
Trockensub. 25 mg (4 Stk)	Filmtabl. Starterpackung (27 Stk)	*Xeljanz
Injektionslös.g 50 mg (2 Stk)	Filmtabl. 30 mg (56 Stk)	Filmtabl. 5 mg (56 Stk)
MyClic 50 mg (2 Stk)		*Keine Home Care Therapiebegleitung

Dosierung _____

Rezept-Gültigkeit Einzelrezept Dauerrezept _____ Monate Repetitionen _____

Kostengutsprache ☞ Bitte Kostengutsprache faxen, sofern vorhanden

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

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, 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 _____