

Rezept

Arztdaten (Praxisstempel)	
Vorname / Name	Tel.
Praxis / Klinik	ZSR / GLN Nr.
Strasse / Nr.	Fax
PLZ / Ort	E-Mail
Patientendaten (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
Uptravi® Filmtabl 200 µg (140 Stk)		Uptravi® Filmtabl 1000 µg (60 Stk)	
Uptravi® Filmtabl 200 µg (60 Stk)		Uptravi® Filmtabl 1200 µg (60 Stk)	
Uptravi® Filmtabl 400 µg (60 Stk)		Uptravi® Filmtabl 1400 µg (60 Stk)	
Uptravi® Filmtabl 600 µg (60 Stk)		Uptravi® Filmtabl 1600 µg (60 Stk)	
Uptravi® Filmtabl 800 µg (60 Stk)			

Zusätzlich benötigte Medikamente	Dosierung	Anz. Packungen
Dafalgan® Tabl 500 mg <input type="checkbox"/> 16 Stk <input type="checkbox"/> 100 Stk		
Dafalgan® Tabl 1 g <input type="checkbox"/> 16 Stk <input type="checkbox"/> 100 Stk		
Imodium® Kaps 2 mg <input type="checkbox"/> 20 Stk <input type="checkbox"/> 60 Stk		

Dosierung _____

Rezept-Gültigkeit Einzelrezept Dauerrezept ____ Monate Repetitionen ____

Indikation Pulmonale Hypertonie bei Patienten mit NYHA III und IV (keine Kostengutsprache nötig)
 Andere Indikation ausserhalb der Limitatio: Kostengutsprache wurde bereits eingeholt (bitte Kopie mitsenden)

Home Care Service Die Ärztin/der Arzt wünscht eine Therapiebegleitung durch eine MediService Pflegefachperson:
 Ja Nein

Lieferadresse obige Patientenadresse obige Arztadresse
 andere Lieferadresse (CH)

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

<p>Wichtig Die Ärztin/der Arzt bestätigt mit ihrer/seiner Unterschrift, dass die Patientin/der Patient der Rezeptübermittlung, Therapiebegleitung sowie dem Bezug über MediService zugestimmt hat und dass die Angaben der Ärztin/des Arztes (ohne Patientennamen) zu statistischen Zwecken sowie im Falle von unerwünschten Ereignissen an den Medikamentenhersteller übermittelt werden können.</p>	<p>Unterschrift der Ärztin/des Arztes</p>
	<p>Datum, Stempel / Unterschrift</p>

Haben Sie das Rezept unterschrieben? Bitte das Rezept an contact@mediservice.ch oder via Fax an **032 686 20 30** senden.