

Rezept

Arzt Daten (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

Medikament	Anzahl	Dosierung
<input type="checkbox"/> Venclyxto [®] 10 mg Filmtabletten 14 Stk.		
<input type="checkbox"/> Venclyxto [®] 50 mg Filmtabletten 7 Stk.		
<input type="checkbox"/> Venclyxto [®] 100 mg Filmtabletten 7 Stk.		
<input type="checkbox"/> Venclyxto [®] 100 mg Filmtabletten 14 Stk.		
<input type="checkbox"/> Venclyxto [®] 100 mg Filmtabletten 112 Stk.		

Rezept-Gültigkeit Einzelrezept Dauerrezept _____ Monate Repetitionen _____

Kostengutsprache Wurde bereits eingeholt (*bitte Kopie mitsenden*)

VENCLYXTO[®] - Therapiestart Zuhause

Der Arzt wünscht die Dosierungstitrationsunterstützung durch das MediService Home Care Team.
 Wenn ja, bitte auch das Formular "ANMELDUNG & DELEGATION (für den behandelnden Arzt)" sowie das Formular "ANMELDUNG & EINWILLIGUNGS-ERKLÄRUNG (für den Patienten)" zu **VENCLYXTO[®]-Therapiestart Zuhause** ausfüllen und unterschreiben.

Lieferadresse

obige Patientenadresse obige Arztadresse
 andere Lieferadresse (CH) Spitalapotheke

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

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

Unterschrift des Arztes

Datum, Stempel / Unterschrift

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