

# Rezept

bitte faxen an:  
**032 686 20 30**

Arzt Daten (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:

02367

## Rp.: Ventavis® Lösung für den Vernebler (Iloprost)

Ventavis® 20 mcg/2ml Amp 30 Stk \_\_\_\_\_ Anzahl Packungen

Das Inhalationsgerät und dessen Unterhalt sowie das Zusatzmaterial zur Zubereitung von Ventavis® wird von der Firma Bayer (Schweiz) gratis zur Verfügung gestellt und kann unter der Rufnummer 0800-800 640 angefordert werden.

### Dosierung

\_\_\_\_\_

**Rezept - Gültigkeit**

Einzelrezept

Dauerrezept \_\_\_\_\_ Monate

Repetitionen \_\_\_\_\_ Anzahl Packungen

**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 \_\_\_\_\_