



Rezept

MEDI SERVICE

Apotheke Farmacia Pharmacie

Spezialapotheke MediService
Ausserfeldweg 1, 4528 Zuchwil
Team Pharma Care
Tel: 032 - 686 20 17

Bitte das Rezept an die folgende Nummer faxen:

032 - 686 28 05

MediService Apotheke

Adresse Arzt	
Dr. med.	Tel.
.....	KSK-Nr/ EAN.....
Strasse/Nr.	Fax.
PLZ/Ort.	e-mail.

Adresse der versicherten Person / Patient	
Name, Vorname	Tel.
Strasse/Nr.	Sprache <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> I
PLZ/Ort.	Krankenkasse
Geburtsdatum	Vers.-Nr.

Rp.: Volibris® Filmtabletten (Ambrisentan)

Volibris® 5 mg Filmtabletten, 30 Tbl : (Anzahl Packungen)

Volibris® 10 mg Filmtabletten, 30 Tbl : (Anzahl Packungen)

Dosierung: 1x täglich einnehmen; andere Dosierung: _____

Rezept gültig bis: ____ . ____ . ____

1. Lieferung am: ____ . ____ . ____ (Die Auslieferung erfolgt nach telefonischer Lieferterminvereinbarung)

Lieferadresse: obige Patientenadresse
 obige Arztadresse
 andere Lieferadresse: _____

Unterschrift des Arztes

Datum _____ Stempel/Unterschrift _____

Wichtig:

Der Patient hat dem Bezug über MediService, der Rezeptübermittlung per Fax zugestimmt (bitte mit Arztunterschrift bestätigen).