

### 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 Packungen	Medikament		Anzahl Packungen
<b>Aubagio</b>	Filmtabletten 14 mg 28 Stk.		<b>Fingolimod Mepha</b>	Kapseln 0.5 mg 28 Stk.	
	Filmtabletten 14 mg 84 Stk.			Kapseln 0.5 mg 84 Stk.	
<b>Avonex</b>	Fertigspritzen 0.5 ml 4 Stk.		<b>Gilenya</b>	Kapseln 0.5 mg 28 Stk.	
	Fertigpen 0.5 ml 4 Stk.			Kapseln 0.5 mg 98 Stk.	
<b>Betaferon</b>	Vials 15 Stk.		<b>Glatiramyl</b>	Fertigspritzen 20 mg 28 Stk.	
<b>Copaxone</b>	Fertigspritzen 20 mg 28 Stk.		<b>Kesimpta</b>	Inj Lös 20 mg Fertigpen 1 Stk.	
	Pen 40 mg 12 Stk.			<b>Lemtrada*</b>	Inf Konz 12 mg 1 Stk.
	Fertigspritzen 40 mg 12 Stk.		* Keine Therapiebegleitung		

### Dosierung \_\_\_\_\_

**Rezept-Gültigkeit**  Einzelrezept  Dauerrezept \_\_\_\_\_ Monate  Repetitionen \_\_\_\_\_

**SVK Formular**  Bitte bei SVK Patient, ausgefülltes SVK Formular beifügen

**Kostengutsprache**  Bitte bei Lemtrada; Mavenclad und Tysabri die Kostengutsprache beifügen

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

**ACHTUNG: weitere Medikamente auf der 2. Seite**

### 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.

**Haben Sie das Rezept unterschrieben?** Bitte das Rezept an [contact@mediservice.ch](mailto:contact@mediservice.ch) oder via Fax an **032 686 20 30** senden.

### Unterschrift des Arztes

Datum, Stempel / Unterschrift

# Rezept

Arztdaten (Praxisstempel)	
Vorname / Name	Tel.
Praxis / Klinik	ZSR / GLN Nr.
Strasse / Nr.	Fax
PLZ / Ort	E-Mail
<b>Patientendaten (Patientenetikette)</b>	
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 Packungen	Medikament	Anzahl Packungen
<b>Mavenclad</b>	Anzahl Tabletten pro Woche	<b>Mayzent</b>	Filmtabletten 2 mg 28 Stk.
	Woche 1	<b>Ocrevus</b>	Inf Konz 300 mg / 10ml 1 Stk.
	Woche 2	<b>Plegridy</b>	Pen 63 µg + 94 µg 1+1 Stk.
<b>Wichtig für Mavenclad:</b> Gewicht Patient: _____ kg			Pen 125 µg / 0.5 ml 2 Stk
<b>Mayzent</b>	Filmtabletten 0.25 mg 12 Stk. (Starterpackung)		
	Filmtabletten 0.25 mg 120 Stk. (Erhaltungsdosis 1 mg)		
		* Keine Therapiebegleitung	

**Dosierung** \_\_\_\_\_

**Rezept-Gültigkeit**  Einzelrezept  Dauerrezept \_\_\_\_\_ Monate  Repetitionen \_\_\_\_\_

**SVK Formular**  Bitte bei SVK Patient, ausgefülltes SVK Formular beifügen

**Kostengutsprache**  Bitte bei Lemtrada; Mavenclad und Tysabri die Kostengutsprache beifügen

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

**ACHTUNG: weitere Medikamente auf der 3 Seite**

**Lieferadresse**

obige Patientenadresse  obige Arztadresse

andere Lieferadresse (CH)  Spitalapotheke

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

<p><b>Wichtig</b></p> <p>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.</p> <p><b>Haben Sie das Rezept unterschrieben? Bitte das Rezept an <a href="mailto:contact@mediservice.ch">contact@mediservice.ch</a> oder via Fax an 032 686 20 30 senden.</b></p>	<p><b>Unterschrift des Arztes</b></p>    
	<p>Datum, Stempel / Unterschrift</p>

<b>Arztdaten (Praxisstempel)</b>	
Vorname / Name	Tel.
Praxis / Klinik	ZSR / GLN Nr.
Strasse / Nr.	Fax
PLZ / Ort	E-Mail
<b>Patientendaten (Patientenetikette)</b>	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 Packungen	Medikament		Anzahl Packungen
<b>Rebif</b>	Starterpack 8.8 µg+22 µg 6+6 Stk.		<b>Tecfidera</b>	Kapseln 120 mg 14 Stk.	
<i>Fertigspritze</i>	Fertigspritzen 22 µg 12 Stk.			Kapseln 240 mg 56 Stk.	
	Fertigspritzen 44 µg 12 Stk.			Kapseln 240 mg 168 Stk.	
<b>Rebif</b>	Für RebiSmart 3 x 22 µg/Woche 4 Stk.		<b>Tysabri</b>	Inf Konz 300 mg/15ml 1 Stk.	
<i>Multidose</i>	Für RebiSmart 3 x 44 µg/Woche 4 Stk.		<b>Zeposia</b>	Starterpackung Kapseln	
<b>Rebif</b>	Starterpackung 8.8 µg + 22 µg 6+6 Stk.			4x0.23 mg, 3x0.46 mg 7 Stk.	
<i>Fertigpen</i>	RebiDose 22 µg 12 Stk.			Kapseln 0.92 mg 28 Stk.	
	RebiDose 44 µg 12 Stk.		* Keine Therapiebegleitung		

**Dosierung** \_\_\_\_\_

**Rezept-Gültigkeit**  Einzelrezept  Dauerrezept \_\_\_\_\_ Monate  Repetitionen \_\_\_\_\_

**SVK Formular**  Bitte bei SVK Patient, ausgefülltes SVK Formular beifügen

**Kostengutsprache**  Bitte bei Lemtrada; Mavenclad und Tysabri die Kostengutsprache beifügen

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

**Lieferadresse**

obige Patientenadresse  obige Arztadresse  
 andere Lieferadresse (CH)  Spitalapotheke

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

<p><b>Wichtig</b> 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.</p> <p><b>Haben Sie das Rezept unterschrieben?</b> Bitte das Rezept an <a href="mailto:contact@mediservice.ch">contact@mediservice.ch</a> oder via Fax an <b>032 686 20 30</b> senden.</p>	<p><b>Unterschrift des Arztes</b></p>     
	<p>Datum, Stempel / Unterschrift</p>