

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

<input type="checkbox"/> Radicava ® Inf Lös 30 mg/100 ml Beutel 100 ml (2 Stk)	_____ Anzahl Packungen
<input type="checkbox"/> Radicava ® Suspension zum Einnehmen Starterpackung 105 mg/5 ml Flasche (2 x 35 ml)	_____ Anzahl Packungen
<input type="checkbox"/> Radicava ® Suspension zum Einnehmen Erhaltungstherapie 105 mg/5 ml Flasche (50 ml)	_____ Anzahl Packungen

Dosierung _____

Rezept-Gültigkeit Einzelrezept Dauerrezept ____ Monate Repetitionen ____

Kostengutsprache Wurde bereits eingeholt (bitte Kopie mitsenden)

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

Nur für Radicava Infusionen	
Spitex-Vermittlung	<input type="checkbox"/> Die Ärztin/der Arzt wünscht eine Spitex-Vermittlung durch MediService
Therapiestart	<input type="checkbox"/> im Spital <input type="checkbox"/> zu Hause: 1. Heiminfusion ist gewünscht am: _____

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 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.

Unterschrift der Ärztin/des Arztes

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

Datum, Stempel / Unterschrift