

## Arztdatenblatt für die Anmeldung zur elektronischen Rezeptübermittlung

Senden Sie das ausgefüllte Formular an MediService AG, Ausserfeldweg 1, 4528 Zuchwil  
E-Mail: [contact@mediservice.ch](mailto:contact@mediservice.ch)  
Telefon: 032 686 20 20 / Fax: 032 686 20 30

Personendaten	Praxisdaten
Frau <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/>	<b>Praxisstempel:</b>
_____	_____
<b>Titel</b>	
_____	_____
<b>Vorname, Name*</b>	<b>Anschrift der Praxis</b>
_____	_____
<b>Fachbereich/Spezialität*</b>	<b>Strasse/Nr.*</b>
_____	_____
_____	_____
<b>ZSR-Nummer*</b>	<b>PLZ*</b> <b>Ort*</b>
_____	_____
<b>7!6!0!1! _____</b>	_____
<b>GLN-Nummer</b>	<b>Telefon*</b>
_____	_____
_____	_____
<b>Geburtsdatum (Tag. Monat. Jahr)</b>	<b>Fax</b>
_____	_____
	_____
	<b>E-Mail*</b>
	_____

(\* = obligatorische Angaben)

Ausstattung		
<b>PC-System</b> <input type="checkbox"/> MAC <input type="checkbox"/> PC	<b>Betriebssystem</b> <input type="checkbox"/> iOS <input type="checkbox"/> Windows 11 <input type="checkbox"/> Windows 10 <input type="checkbox"/> Windows 9 <input type="checkbox"/> Andere _____	<b>Browser</b> <input type="checkbox"/> Safari <input type="checkbox"/> Microsoft Explorer <input type="checkbox"/> Chrome <input type="checkbox"/> Mozilla Firefox <input type="checkbox"/> Andere _____
<input type="checkbox"/> Ich wünsche eine Rezeptübermittlung direkt aus meiner Praxissoftware.		<b>Praxissoftware:</b> _____

Erklärung
<p><b>Hiermit bestätige ich die Vollständigkeit und Korrektheit der gemachten Angaben. Ich bestätige, dass ich eine gültige Zulassung als Arzt in der Schweiz und eine kantonale Berufsausübungsbewilligung habe.</b></p> <p><b>Die angegebenen Daten werden von der MediService AG im Rahmen der Anmeldung für das MediScript-ch Rezept- und Bestellerfassungsprogramm verwendet.</b></p>
_____
<b>Unterschrift der Ärztin/des Arztes</b>
<b>Ort, Datum</b>