

# Rezept

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

**Tysabri®** Fertigspritzen Inj Lös 150 mg / ml (2 Stk) \_\_\_\_\_ **Anzahl Packungen**

**Tysabri®** Inf Konz 300 mg / 15 ml (1 Stk) \_\_\_\_\_ **Anzahl Packungen**

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

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

**SVK-Formular**     Bitte bei SVK-Patienten das ausgefüllte SVK-Formular beifügen

**Kostengutsprache**     Wurde bereits eingeholt (*bitte Kopie mitsenden*)

**Home Care Service**     Der Arzt wünscht eine Injektions- oder Infusionsdurchführung durch das MediService Home Care Team

**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