

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

<input type="checkbox"/> Rebif® Starterpackung Inj Lös 6 x 8.8 mcg + 6 x 22 mcg Fertigspritzen (6 + 6 Stk)	_____ Anzahl Packungen
<input type="checkbox"/> Rebif® Inj Lös 22 mcg/0.5 ml Fertigspritzen (12 Stk)	_____ Anzahl Packungen
<input type="checkbox"/> Rebif® Inj Lös 44 mcg/0.5 ml Fertigspritzen (12 Stk)	_____ Anzahl Packungen
<hr/>	
<input type="checkbox"/> Rebif® RebiDose Starterpackung Inj Lös 6 x 8.8 mcg + 6 x 22 mcg Fertigpen (6 + 6 Stk)	_____ Anzahl Packungen
<input type="checkbox"/> Rebif® 22 RebiDose Inj Lös 22 mcg/0.5 ml Fertigpen (12 Stk)	_____ Anzahl Packungen
<input type="checkbox"/> Rebif® 44 RebiDose Inj Lös 44 mcg/0.5 ml Fertigpen (12 Stk)	_____ Anzahl Packungen
<hr/>	
<input type="checkbox"/> Rebif® 22 Multidose Inj Lös 66 mcg/1.5 ml Patronen (4 Stk)	_____ Anzahl Packungen
<input type="checkbox"/> Rebif® 44 Multidose Inj Lös 132 mcg/1.5 ml Patronen (4 Stk)	_____ Anzahl Packungen

Dosierung _____

Rezept-Gültigkeit Einzelrezept Dauerrezept _____ Monate Repetitionen _____

SVK-Kostengutsprache Bitte bei SVK-Patienten die Kostengutsprache beifügen

Home Care Service Der Arzt wünscht eine Therapiebegleitung 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.

Unterschrift 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