

# 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

Fingolimod-Mepha® Kapseln 0.5 mg (28 Stk) \_\_\_\_\_ Anzahl Packungen

Fingolimod-Mepha® Kapseln 0.5 mg (98 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

Erstdosisüberwachung  Der Arzt wünscht die Erstdosisüberwachung durch das MediService Home Care Team

Lieferadresse **Die 1. Lieferung an den Patienten ist nur möglich, wenn der Patient ausdrücklich informiert wurde, dass die Ersteinnahme in Anwesenheit vom Arzt stattfinden soll**

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