

# 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        |

- Mayzent®** Starterpackung Filmtabletten 0.25 mg (12 Stk) \_\_\_\_\_ **Anzahl Packungen**
- Mayzent®** Filmtabletten 0.25 mg (120 Stk) \_\_\_\_\_ **Anzahl Packungen**
- Mayzent®** Filmtabletten 2 mg (28 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: \_\_\_\_\_

|   |  |
|---|--|
| <b>Wichtig</b><br>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. | <b>Unterschrift des Arztes</b><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><b>Datum, Stempel / Unterschrift</b> |
|---|--|

**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.