

# 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

- Actemra®** Inf Konz 80 mg/4 ml Durchstechflasche 4 ml (1 Stk) \_\_\_\_\_ **Anzahl Packungen**
- Actemra®** Inf Konz 200 mg/10 ml Durchstechflasche 10 ml (1 Stk) \_\_\_\_\_ **Anzahl Packungen**
- Actemra®** Inf Konz 400 mg/20 ml Durchstechflasche 20 ml (1 Stk) \_\_\_\_\_ **Anzahl Packungen**
- Actemra®** Inj Lös 162 mg/0.9 ml Fertigspritzen (4 Stk) \_\_\_\_\_ **Anzahl Packungen**
- Actemra®** Inj Lös 162 mg/0.9 ml Fertigpen (4 Stk) \_\_\_\_\_ **Anzahl Packungen**

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

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

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

**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.

**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