

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"/> Radicava ® Inf Lös 30 mg/100 ml Beutel 100 ml (2 Stk)	_____ Anzahl Packungen
<input type="checkbox"/> Radicava ® Suspension zum Einnehmen Starterpackung 105 mg/5 ml Flasche (2 x 35 ml)	_____ Anzahl Packungen
<input type="checkbox"/> Radicava ® Suspension zum Einnehmen Erhaltungstherapie 105 mg/5 ml Flasche (50 ml)	_____ Anzahl Packungen

Dosierung _____

Rezept-Gültigkeit Einzelrezept Dauerrezept _____ Monate Repetitionen _____

Kostengutsprache Wurde bereits erteilt (*bitte Kopie mitsenden*)

Home Care Service Der Arzt wünscht eine Therapiebegleitung durch das MediService Home Care Team

Nur für Radicava Infusionen	
Spitex-Vermittlung	<input type="checkbox"/> Der Arzt wünscht eine Spitex-Vermittlung durch MediService
Therapiestart	<input type="checkbox"/> im Spital <input type="checkbox"/> zu Hause: 1. Heiminfusion ist gewünscht am: _____

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