Rezept

MEDI SERVICE
Ihre Spezialapotheke

Arztdaten (Praxisstempel)	
Vorname / Name	Tel.
Praxis / Klinik	ZSR / GLN Nr.
Strasse / Nr.	Fax
PLZ / Ort	E-Mail
Patientendaten (Patientenetikette)	Patientensprache ☐ D ☐ F ☐ I
Vorname / Name	Tel.
Strasse / Nr.	Krankenkasse
PLZ / Ort	Vers.-Nr.
Geburtsdatum	E-Mail

☐ **Stelara®** Inj Lös 45 mg/0.5 ml Fertigspritze (1 Stk) _____ **Anzahl Packungen**

☐ **Stelara®** Inj Lös 90 mg/ml Fertigspritze (1 Stk) _____ **Anzahl Packungen**

☐ **Stelara®** Inj Lös 45 mg/0.5 ml Durchstechflasche (1 Stk) _____ **Anzahl Packungen**

☐ **Stelara®** Inf Konz 130 mg/26 ml Durchstechflasche (1 Stk) _____ **Anzahl Packungen**

Der Filter CODAN Medical AG I.V. STAR® 0.2 mcg 763106 zur Zubereitung von Stelara® wird von der Firma Janssen-Cilag AG (Schweiz) gratis zur Verfügung gestellt und kann unter der Rufnummer 058 231 35 80 oder E-Mail-Adresse JACCH-Orders@ITS.JNJ.com angefordert werden.

Dosierung _____

Rezept-Gültigkeit ☐ Einzelrezept ☐ Dauerrezept _____ Monate ☐ Repetitionen _____

SVK Kostengutsprache ☐ Bitte bei SVK-Patienten die Kostengutsprache beifügen

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 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** oder via Fax an **032 686 20 30** senden.

Unterschrift des Arztes

Datum, Stempel / Unterschrift

02201

© MediService AG / Version: 17ANDPHC03DF_c