Rezept

MEDISERVICE
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

☐ **Nuwiq®** Trockensubstanz 250 IE c Solv Durchstechflasche (1 Stk) _____ **Anzahl Packungen**

☐ **Nuwiq®** Trockensubstanz 500 IE c Solv Durchstechflasche (1 Stk) _____ **Anzahl Packungen**

☐ **Nuwiq®** Trockensubstanz 1000 IE c Solv Durchstechflasche (1 Stk) _____ **Anzahl Packungen**

☐ **Nuwiq®** Trockensubstanz 2000 IE c Solv Durchstechflasche (1 Stk) _____ **Anzahl Packungen**

Dosierung _____

Rezept-Gültigkeit ☐ Einzelrezept ☐ Dauerrezept____ Monate ☐ Repetitionen ____

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

Zusätzlich benötigte Medikamente Name, galenische Form, Stärke, Packungsgrösse	**Anzahl**	**Dosierung**

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

Unterschrift des Arztes

Datum, Stempel / Unterschrift

02389

© MediService AG / Version: 16ANDPHC21DF_d