

# 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

**Stivarga®** Filmtabletten 40 mg 3 Flaschen x 28 Stk (84 Stk) \_\_\_\_\_ **Anzahl Packungen**

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

**Indikation**

- Metastasiertes kolorektales Karzinom (mCRC)
- Gastrointestinaler Stromatumor (GIST)
- Leberzellkarzinom (HCC)
- Andere Indikation \_\_\_\_\_

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

**Kostengutsprache**  Wurde bereits eingeholt (*bitte eine 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.

**Unterschrift des Arztes**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**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.

Datum, Stempel / Unterschrift