

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

<input type="checkbox"/> Elocta ® Trockensub 250 IE c Solv Durchstechflasche (1 Stk)	_____ Anzahl Packungen
<input type="checkbox"/> Elocta ® Trockensub 500 IE c Solv Durchstechflasche (1 Stk)	_____ Anzahl Packungen
<input type="checkbox"/> Elocta ® Trockensub 1000 IE c Solv Durchstechflasche (1 Stk)	_____ Anzahl Packungen
<input type="checkbox"/> Elocta ® Trockensub 1500 IE c Solv Durchstechflasche (1 Stk)	_____ Anzahl Packungen
<input type="checkbox"/> Elocta ® Trockensub 2000 IE c Solv Durchstechflasche (1 Stk)	_____ Anzahl Packungen
<input type="checkbox"/> Elocta ® Trockensub 3000 IE c Solv Durchstechflasche (1 Stk)	_____ Anzahl Packungen
<input type="checkbox"/> Elocta ® Trockensub 4000 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

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
	Datum, Stempel / Unterschrift

Haben Sie das Rezept unterschrieben? Bitte das Rezept an contact@mediservice.ch oder via Fax an **032 686 20 30** senden.