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

☐ **Omnitrope®** SurePal Inj Lös 5 mg/1.5 ml Patronen (5 Stk) _____ **Anzahl Packungen**

☐ **Omnitrope®** SurePal Inj Lös 10 mg/1.5 ml Patronen (5 Stk) _____ **Anzahl Packungen**

☐ **Omnitrope®** SurePal Inj Lös 15 mg/1.5 ml Patronen (5 Stk) _____ **Anzahl Packungen**

☐ **SurePal™** 5 (weiss) Injektor für Omnitrope® 5 mg (1 Stk) _____ **Anzahl Packungen**

☐ **SurePal™** 10 (grün) Injektor für Omnitrope® 10 mg (1 Stk) _____ **Anzahl Packungen**

☐ **SurePal™** 15 (blau) Injektor für Omnitrope® 15 mg (1 Stk) _____ **Anzahl Packungen**

Dosierung _____

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

Kostengutsprache
nur bei Erwachsenen notwendig
☐ Wurde bereits eingeholt *(bitte Kopie mitsenden)*

Home Care Service ☐ Der Arzt wünscht eine Injektionsinstruktion 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, 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

02529

© MediService AG / Version: 22MSE0122DF_b