

Arzt Daten (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

Lecigon® Gel zur intestinalen Anwendung
20 mg/ml + 5 mg/ml + 20 mg/ml (7 Stk) _____ Anzahl Packungen

Crono Lecig Pumpe (einmalig)

Zubehör	Anz. Packungen	Zubehör	Anz. Packungen
FREKA Adapter ENFit/ENLock (15 Stk)		FREKA Connect 20 ml ENFit/ProNeo Spritze (100 Stk)	
ProNeo Verlängerung, 30 cm ENFit (30 Stk)			

Nach Absprache mit dem Patienten wird ein individuelles Applikationsset abgegeben. Dieses umfasst z.B. Desinfektionsmittel, Fixierpflaster, Kompressen.

Dosierung _____

Rezept-Gültigkeit Einzelrezept Dauerrezept _____ Monate Repetitionen _____

Kostengutsprache Wurde bereits eingeholt (*bitte Kopie mitsenden*)

Home Care Service Der Arzt wünscht eine Therapiebegleitung durch eine Parkinson Nurse des MediService Home Care Teams

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

Datum, Stempel / Unterschrift