

Rezept

bitte faxen an:
032 686 20 30

MEDI SERVICE

Ausserfeldweg 1
4528 Zuchwil
Telefon: 032 686 20 20
E-Mail: contact@mediservice.ch

Ihre Spezialapotheke

Arzt Daten (evtl. Praxisstempel)	
Vorname, Name:	Tel.:
Praxis/Klinik:	ZSR:
Strasse/Nr.:	Fax:
PLZ/Ort:	E-Mail:
Patientendaten (evtl. 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:

02370

Medikament	Anzahl Packungen	Medikament	Anzahl Packungen
ESBRIET® (Pirfenidon) 267mg 90 Filmtabletten		OFEV® (Nintedanib) 100mg 60 Kapseln	
ESBRIET® (Pirfenidon) 801mg 90 Filmtabletten		OFEV® (Nintedanib) 150mg 60 Kapseln	

Dosierung

Rezept - Gültigkeit Einzelrezept Dauerrezept _____ Monate Repetitionen _____

Indikation Idiopathische Lungenfibrose IPF
 Andere: _____

Kostengutsprache Liegt bereits vor (bitte eine Kopie an die obige Nummer faxen)
 Kostengutsprache soll durch MediService eingeholt werden (MediService übernimmt Erstellung und Einreichung der Kostengutsprache an die Krankenkasse)
 Diagnosestellung der IPF gemäss internationalen Empfehlungen (ATS/ERS)
 Indikationsstellung erfolgte durch einen qualifizierten Facharzt Pneumologie

Lieferadresse obige Patientenadresse _____
 obige Arztadresse _____
 andere Lieferadresse (CH) nebenstehend _____
 Spitalapotheke nebenstehend _____

Falls ein bestimmtes Lieferdatum gewünscht ist, bitte angeben. Lieferung am: _____

Unterschrift des Arztes

Wichtig: Die Ärztin/der Arzt bestätigt mit seiner Unterschrift, dass die/der Patientin der Rezeptübermittlung sowie dem Bezug über MediService zugestimmt hat und dass die Daten des Arztes (ohne Patientennamen) zu statistischen Zwecken sowie im Falle von unerwünschten Ereignissen an den Medikamentenhersteller übermittelt werden können.

Datum _____ Stempel / Unterschrift _____

20REZBUS010DF_a