Rezept

MEDI SERVICE
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

Medikament (Name, galenische Form, Stärke, Packungsgrösse)	**Anzahl**	**Dosierung**

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

Kostengutsprache (sofern notwendig)
☐ Wurde bereits eingeholt (bitte Kopie mitsenden)

Bemerkungen: *Bei Dauerrezepten senden wir in der Regel Medikamente für 3 Monate. Wenn momentan* ***keine*** *Lieferung gewünscht wird, bitte bei der Anzahl "non disp" eintragen*

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

02314

© MediService AG / Version: 14ANDPHC01F_e