

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

Medikament	Anzahl Packungen	Dosierung
<input type="checkbox"/> Prednison Streuli® 50 mg Tabletten (20 Stk)		
<input type="checkbox"/> Xyzal® 5 mg/ml Tropfen (20 ml)		
<input type="checkbox"/> EpiPen® Inj Lös 0.3 mg Fertiginjektor (2 Stk)		
<input type="checkbox"/> EpiPen® Junior Inj Lös 0.15 mg Fertiginjektor (2 Stk)		

Andere Medikamente

Rezept-Gültigkeit Einzelrezept Dauerrezept _____ Monate Repetitionen _____

Bemerkung _____

Home Care Rezept für Notfallmedikamente bei Infusionstherapie am Patientendomizil

Lieferadresse obige Patientenadresse Spitalapotheke
 andere Lieferadresse (CH)

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

Wichtig
Die Ärztin / der Arzt bestätigt mit ihrer / seiner Unterschrift, dass die Patientin / der Patient der Rezeptübermittlung, sowie dem Bezug über MediService zuge-stimmt hat und dass die Angaben des Arztes (ohne Patientennamen) zu sta-tistischen Zwecken sowie im Falle von unerwünschten Ereignissen an den Medikamentenhersteller übermittelt

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