

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

	Anz. Packungen		Anz. Packungen
Uptravi® Filmtabl 200 µg (140 Stk)		Uptravi® Filmtabl 1000 µg (60 Stk)	
Uptravi® Filmtabl 200 µg (60 Stk)		Uptravi® Filmtabl 1200 µg (60 Stk)	
Uptravi® Filmtabl 400 µg (60 Stk)		Uptravi® Filmtabl 1400 µg (60 Stk)	
Uptravi® Filmtabl 600 µg (60 Stk)		Uptravi® Filmtabl 1600 µg (60 Stk)	
Uptravi® Filmtabl 800 µg (60 Stk)			

Zusätzlich benötigte Medikamente	Dosierung	Anz. Packungen
Dafalgan® Tabl 500 mg <input type="checkbox"/> 16 Stk <input type="checkbox"/> 100 Stk		
Dafalgan® Tabl 1 g <input type="checkbox"/> 16 Stk <input type="checkbox"/> 100 Stk		
Imodium® Kaps 2 mg <input type="checkbox"/> 20 Stk <input type="checkbox"/> 60 Stk		

Dosierung _____

Rezept-Gültigkeit Einzelrezept Dauerrezept ____ Monate Repetitionen ____

Indikation Pulmonale Hypertonie bei Patienten mit NYHA III und IV (*keine Kostengutsprache nötig*)
 Andere Indikation ausserhalb der Limitatio: Kostengutsprache wurde bereits eingeholt
(bitte Kopie mitsenden)

Home Care Service Der Arzt wünscht eine Therapiebegleitung durch eine PH Nurse von MediService

Lieferadresse obige Patientenadresse obige Arztadresse
 andere Lieferadresse (CH)

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

<p>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.</p> <p>Haben Sie das Rezept unterschrieben? Bitte das Rezept an contact@mediservice.ch oder via Fax an 032 686 20 30 senden.</p>	<p>Unterschrift des Arztes</p>
	<p>Datum, Stempel / Unterschrift</p>