

Rezept

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

Dimethylfumarat-Mepha® Teva Kaps 120 mg (14 Stk) _____ **Anzahl Packungen**

Dimethylfumarat-Mepha® Teva Kaps 240 mg (56 Stk) _____ **Anzahl Packungen**

Dimethylfumarat-Mepha® Teva Kaps 240 mg (168 Stk) _____ **Anzahl Packungen**

Dosierung _____

Rezept-Gültigkeit Einzelrezept Dauerrezept _____ Monate Repetitionen _____

Home Care Service Der Arzt / die Ärztin wünscht eine Therapiebegleitung durch eine MediService Pflegefachperson: Ja Nein

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.

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