

# 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

**Fingolimod Viatris®** Kapseln 0.5 mg (28 Stk) \_\_\_\_\_ Anzahl Packungen

**Fingolimod Viatris®** Kapseln 0.5 mg (98 Stk) \_\_\_\_\_ Anzahl Packungen

**Dosierung** \_\_\_\_\_

**Rezept-Gültigkeit**       Einzelrezept     Dauerrezept \_\_\_\_ Monate     Repetitionen \_\_\_\_

**Home Care Service**      Die Ärztin/der Arzt wünscht eine Therapiebegleitung durch eine MediService Pflegefachperson:  
 Ja     Nein

**Erstdosisüberwachung**      Die Ärztin/der Arzt wünscht eine Erstdosisüberwachung durch eine MediService Pflegefachperson:  
 Ja     Nein

**Lieferadresse**      **Die 1. Lieferung an den Patienten ist nur möglich, wenn der Patient ausdrücklich informiert wurde, dass die Ersteinnahme in Anwesenheit vom Arzt stattfinden soll**

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 Patientin/der Patient 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.

**Unterschrift der Ärztin/des Arztes**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Haben Sie das Rezept unterschrieben? Bitte das Rezept an [contact@mediservice.ch](mailto:contact@mediservice.ch) oder via Fax an 032 686 20 30 senden.**

Datum, Stempel / Unterschrift