

# 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

<input type="checkbox"/> <b>Winrevair® 45 mg Set (1 Stk)</b> 1 Durchstechflasche mit Pulver + Lösungsmittel zur Herstellung einer Injektionslösung	_____ Anzahl Packungen
<input type="checkbox"/> <b>Winrevair® 45 mg Set (2 Stk)</b> 2 Durchstechflaschen mit Pulver + Lösungsmittel zur Herstellung einer Injektionslösung	_____ Anzahl Packungen
<input type="checkbox"/> <b>Winrevair® 60 mg Set (1 Stk)</b> 1 Durchstechflasche mit Pulver + Lösungsmittel zur Herstellung einer Injektionslösung	_____ Anzahl Packungen
<input type="checkbox"/> <b>Winrevair® 60 mg Set (2 Stk)</b> 2 Durchstechflaschen mit Pulver + Lösungsmittel zur Herstellung einer Injektionslösung	_____ Anzahl Packungen

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

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

**Kostengutsprache**  Wurde bereits eingeholt (bitte Kopie mitsenden)

**Home Care Service**

Ja  Nein Die Ärztin/der Arzt wünscht eine Therapiebegleitung\* durch eine MediService PH Nurse

Ja  Nein Die Ärztin/der Arzt wünscht die Koordination der Blutkontrollen durch eine MediService PH Nurse

\* Die Dienstleistung kann auf Wunsch eine Injektionsinstruktion zu Hause beinhalten.  
\* Mehr Informationen unter: <https://www.mediservice.ch/de/downloads/ph-care-msd.php>

**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 Patientin/der Patient der Rezeptübermittlung, Therapiebegleitung sowie dem Bezug über MediService zugestimmt hat und dass die Angaben der Ärztin/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