

# 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        |

**Opsumit®** Filmtabletten 10 mg (30 Stk) \_\_\_\_\_ **Anzahl Packungen**

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

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

**Kostengutsprache**  Wurde bereits eingeholt (*bitte Kopie mitsenden*)  
 Keine Kostengutsprache notwendig (*Indikation gemäss Spezialitätenliste*)

**Home Care Service**  Der Arzt wünscht eine Therapiebegleitung durch eine PH-Nurse des MediService Home Care Teams

**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](mailto:contact@mediservice.ch) oder via Fax an **032 686 20 30** senden.

**Unterschrift des Arztes**

Datum, Stempel / Unterschrift