

Specialty Care Rezept und Verordnung per Fax an 0800 711 888



Patientenangaben

Name:	Geschlecht:	männlich	weiblich
Vorname:	Geburtsdatum:		
Adresse:	Versicherer:		
Ort:	Versicherungsnummer:		
Telefonnummer:	E-Mail:		

Lieferung an

Patient
Arzt
Lieferadresse:

Verrechnung an

Patient
Arzt
Krankenkasse

Diagnose

Dienstleistung

HomeCare:
ServiceCare:
Therapiestart:

Medikamente

Anzahl

Einnahmевorschrift

Medikamente	Anzahl	Einnahmевorschrift

Rezept

Rezept:	einmalig	Dauerrezept:	1 Monat	3 Monate	6 Monate	12 Monate
---------	----------	--------------	---------	----------	----------	-----------

Einverständniserklärung Patient

Mir ist bekannt, dass Zur Rose den Namen des behandelnden Arztes sowie anonymisierte Daten über die Durchführung der Therapie zu Kontrollzwecken an die schweizerische ZulassungsinhaberIn des verschriebenen Arzneimittels (oder einen von dieser benannten Dritten) weitergeben kann und ich stimme der Weitergabe meines Namens zu.

Ich bin mit der Weitergabe meines Namens, wie oben beschrieben, **nicht** einverstanden.

Datum:	Unterschrift:	GLN Nummer:
		Praxisstempel: