

Rezept per Fax an 0800 711 888



Patientenangaben

Änderungen/Lieferadresse

Name:				
Vorname:				
Adresse:				
Ort:				
Geschlecht:	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich		
Geburtsdatum:	Tag	Monat	Jahr	
Versicherer:				
Zusatzversicherer, falls abweichend:				
Versichertenkarten-Nr.:				
AHV-Nr.:				

Rezept

Behandlungsgrund

<input type="checkbox"/> Eimaliges Rezept			<input type="checkbox"/> Krankheit
<input type="checkbox"/> Dauerrezept:	<input type="checkbox"/> 6 Monate	<input type="checkbox"/> 12 Monate	<input type="checkbox"/> Unfall. Ereignisdatum:
			<input type="checkbox"/> Anderer

Datum

Anzahl Packungen

Medikament

Einnahmевorschrift

Datum	Anzahl Packungen	Medikament	Einnahmевorschrift

Lieferung an

Verrechnung an

<input type="checkbox"/> Patient	<input type="checkbox"/> Patient
<input type="checkbox"/> Arzt	<input type="checkbox"/> Arzt
<input type="checkbox"/> Lieferadresse	<input type="checkbox"/> Versicherer

Datum:	Unterschrift:	GLN Nummer: Stempel:
--------	---------------	-------------------------