

Rezept und DAILYMED Verordnung per Fax an 0800 711 999



Dauerrezept vorhanden: Bitte unten lediglich unterschreiben und mit Dauerrezept an Zur Rose faxen.

Patientenangaben

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

Lieferung an

Patient
Arzt
Lieferadresse:

Verrechnung an

Patient
Arzt (Fertigarzneimittel)
Krankenkasse

Gültigkeit: 6 Monate 1 Jahr

Medikamente

Medikamente	Tag			Menge/Einnahmezeitpunkt				Einnahmевorschrift		
	Mo	Di	Mi	Morgen	Mittag	Abend	Nacht	vor	mit	nach der Mahlzeit
	Do	Fr	Sa					Sonstiges:		
	So	t	g							
	Mo	Di	Mi	Morgen	Mittag	Abend	Nacht	vor	mit	nach der Mahlzeit
	Do	Fr	Sa					Sonstiges:		
	So	t	g							
	Mo	Di	Mi	Morgen	Mittag	Abend	Nacht	vor	mit	nach der Mahlzeit
	Do	Fr	Sa					Sonstiges:		
	So	t	g							
	Mo	Di	Mi	Morgen	Mittag	Abend	Nacht	vor	mit	nach der Mahlzeit
	Do	Fr	Sa					Sonstiges:		
	So	t	g							
	Mo	Di	Mi	Morgen	Mittag	Abend	Nacht	vor	mit	nach der Mahlzeit
	Do	Fr	Sa					Sonstiges:		
	So	t	g							

Bemerkungen

Aus medizinischen Gründen nicht substituieren

Einverständniserklärung Patient

Hiermit bestätige ich, dass mein Patient damit einverstanden ist, von Zur Rose Suisse AG betreffend der vorliegenden Verordnung kontaktiert zu werden.

Datum:	Unterschrift:	GLN Nummer:
		Praxisstempel: