



Magistral-Rezept per Fax an 0800 711 888

Patientenangaben	Änderungen/Lieferadresse
Name:	
Vorname:	
Adresse:	
PLZ, Ort:	
Mobile:	
E-Mail:	
Geschlecht: <input type="radio"/> männlich <input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/> divers	
Geburtsdatum: Tag Monat Jahr	
Versicherer:	
Zusatzversicherer, falls abweichend:	
Versicherungskartennummer:	
AHV-Nr.:	

Rezept	Behandlungsgrund
<input type="radio"/> Einmalrezept	<input type="radio"/> Krankheit
Dauerrezept: <input type="radio"/> 3 Monate <input type="radio"/> 6 Monate <input type="radio"/> 12 Monate	<input type="radio"/> Unfall. Ereignisdatum:
	<input type="radio"/> Anderer

Datum	Anzahl Packungen	Medikament	Einnahmевorschrift

Lieferung an	Verrechnung an
<input type="radio"/> Patient	<input type="radio"/> Patient
<input type="radio"/> Lieferadresse	<input type="radio"/> Versicherer

Datum: _____ Praxisstempel/Unterschrift: _____
GLN-Nummer: _____