

## Rezept und Dailymed-Verordnung

per Fax an 0800 711 999 oder per E-Mail an [info-dailymed@zurrose.ch](mailto:info-dailymed@zurrose.ch)



### Patientenangaben

Name \_\_\_\_\_  
 Vorname \_\_\_\_\_  
 Adresse \_\_\_\_\_  
 PLZ, Ort \_\_\_\_\_  
 Geschlecht  männlich  weiblich

Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
 Versicherer \_\_\_\_\_  
 Telefonnummer \_\_\_\_\_  
 E-Mail \_\_\_\_\_

### Lieferung an

- Patient:in  Arzt/Ärztin  
 Lieferadresse (falls abweichend von Patientenangaben)

### Verrechnung an

- Versicherer  Patient:in  
 Arzt/Ärztin (Originalpackung als Ergänzungslieferung neben Dailymed)

### Gültigkeit Rezept

- 6 Monate  12 Monate

### Medikation

Medikament (Name, Dosierung, Form)	Tag	Menge/Einnahmezeit	Einnahmевorschrift
<input type="radio"/> Aus medizinischen Gründen nicht substituieren.	<input type="radio"/> Mo <input type="radio"/> Di <input type="radio"/> Mi <input type="radio"/> Do <input type="radio"/> Fr <input type="radio"/> Sa <input type="radio"/> So <input type="radio"/> <b>täglich</b>	____ 08:00 ____ 12:00 ____ 18:00 ____ 22:00 Andere Zeit _____	<input type="radio"/> Vor <input type="radio"/> Mit <input type="radio"/> Nach dem Essen <input type="radio"/> Stopp Medikament Anderes _____
<input type="radio"/> Aus medizinischen Gründen nicht substituieren.	<input type="radio"/> Mo <input type="radio"/> Di <input type="radio"/> Mi <input type="radio"/> Do <input type="radio"/> Fr <input type="radio"/> Sa <input type="radio"/> So <input type="radio"/> <b>täglich</b>	____ 08:00 ____ 12:00 ____ 18:00 ____ 22:00 Andere Zeit _____	<input type="radio"/> Vor <input type="radio"/> Mit <input type="radio"/> Nach dem Essen <input type="radio"/> Stopp Medikament Anderes _____
<input type="radio"/> Aus medizinischen Gründen nicht substituieren.	<input type="radio"/> Mo <input type="radio"/> Di <input type="radio"/> Mi <input type="radio"/> Do <input type="radio"/> Fr <input type="radio"/> Sa <input type="radio"/> So <input type="radio"/> <b>täglich</b>	____ 08:00 ____ 12:00 ____ 18:00 ____ 22:00 Andere Zeit _____	<input type="radio"/> Vor <input type="radio"/> Mit <input type="radio"/> Nach dem Essen <input type="radio"/> Stopp Medikament Anderes _____
<input type="radio"/> Aus medizinischen Gründen nicht substituieren.	<input type="radio"/> Mo <input type="radio"/> Di <input type="radio"/> Mi <input type="radio"/> Do <input type="radio"/> Fr <input type="radio"/> Sa <input type="radio"/> So <input type="radio"/> <b>täglich</b>	____ 08:00 ____ 12:00 ____ 18:00 ____ 22:00 Andere Zeit _____	<input type="radio"/> Vor <input type="radio"/> Mit <input type="radio"/> Nach dem Essen <input type="radio"/> Stopp Medikament Anderes _____
<input type="radio"/> Aus medizinischen Gründen nicht substituieren.	<input type="radio"/> Mo <input type="radio"/> Di <input type="radio"/> Mi <input type="radio"/> Do <input type="radio"/> Fr <input type="radio"/> Sa <input type="radio"/> So <input type="radio"/> <b>täglich</b>	____ 08:00 ____ 12:00 ____ 18:00 ____ 22:00 Andere Zeit _____	<input type="radio"/> Vor <input type="radio"/> Mit <input type="radio"/> Nach dem Essen <input type="radio"/> Stopp Medikament Anderes _____

### Bemerkungen

### Einverständniserklärung Patient:in

Hiermit bestätige ich, dass mein/meine Patient:in damit einverstanden ist, von Zur Rose Suisse AG betreffend die vorliegende Verordnung kontaktiert zu werden.

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_ GLN-Nummer \_\_\_\_\_  
 Praxisstempel \_\_\_\_\_