

Magistral-Rezept für Institutionen
per Fax an 0800 200 415



Patientenangaben

Änderungen/Lieferadresse

Name:				
Vorname:				
Adresse:				
Ort:				
Geschlecht:	männlich	weiblich		
Geburtsdatum:	Tag	Monat	Jahr	
Versicherer:				
Zusatzversicherer, falls abweichend:				
Versichertenkarten-Nr.:				
AHV-Nr.:				

Rezept

Behandlungsgrund

Eimaliges Rezept				Krankheit
Dauerrezept:	3 Monate	6 Monate	12 Monate	Unfall. Ereignisdatum:
				Anderer

Datum

Anzahl Packungen

Medikament

Einnahmевorschrift

Datum	Anzahl Packungen	Medikament	Einnahmевorschrift

Lieferung an

Verrechnung an

Patient	Patient
Lieferadresse	Versicherer

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