

Rezept bitte faxen an
044 930 03 10

Medischick

Bahnhofstrasse 257, 8623 Wetzikon, E-Mail: info@apotheke-kempton.ch, Tel 044 930 02 80

Arzt Daten (evtl. Praxisstempel)	
Vorname, Name:	Tel:
Praxis, Klinik:	ZSR:
Strasse, Nr.:	Fax:
PLZ, Ort:	E-Mail:
Patientendaten (evtl. Patientenetikette)	
Vorname, Name:	Tel:
Strasse, Nr.:	Sprache: <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> E
PLZ, Ort:	Krankenkasse:
Geburtsdatum:	Vers.Karten-Nummer

Rp. Medikament (Name, galenische Form, Stärke, Packungsgrösse)	Anzahl	Dosierung

Rezeptgültigkeit: Einzelrezept Dauerrezept ____ Monate Rep. ____ mal

Bemerkungen: Bei Dauerrezepten senden wir in der Regel Medikamente für 3 Monate.
Wenn momentan keine Lieferung gewünscht wird, bitte mit „non disp“ bezeichnen.

Lieferadresse immer einmalig _____
 obige Patientenadresse _____
 obige Arztadresse _____
 andere Lieferadresse (CH) nebenstehend _____

Falls ein bestimmtes Lieferdatum gewünscht ist, bitte angeben: Lieferung am: _____

Unterschrift des Arztes	
Wichtig: Der Patient hat dem Bezug über Medischick, der Rezeptübermittlung per Fax zugestimmt (bitte mit Arztunterschrift bestätigen).	
Datum	Stempel, Unterschrift

Rezeptvorlage_Arzt