

Magistral-Rezept für Institutionen
per Fax an 0800 200 415



Patientenangaben

Änderungen/Lieferadresse

Name:	
Vorname:	
Adresse:	
Ort:	
Geschlecht:	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Geburtsdatum:	Tag Monat Jahr
Versicherer:	
Zusatzversicherer, falls abweichend:	
Versichertenkarten-Nr.:	
AHV-Nr.:	

Rezept

Behandlungsgrund

<input type="checkbox"/> Eimaliges Rezept	<input type="checkbox"/> Krankheit
Dauerrezept: <input type="checkbox"/> 3 Monate <input type="checkbox"/> 6 Monate <input type="checkbox"/> 12 Monate	<input type="checkbox"/> Unfall. Ereignisdatum:
	<input type="checkbox"/> Anderer

Datum

Anzahl Packungen Medikament

Einnahmевorschrift

Datum	Anzahl Packungen	Medikament	Einnahmевorschrift

Lieferung an

Verrechnung an

<input type="checkbox"/> Patient	<input type="checkbox"/> Patient
<input type="checkbox"/> Lieferadresse	<input type="checkbox"/> Versicherer

Praxisstempel / Unterschrift:	GLN Nummer:
	Datum: