

Rezept und DAILYMED Verordnung

per Fax an 0800 711 999 oder info-dailymed@zurrose.ch

**Dauerrezept vorhanden:** Bitte unten lediglich unterschreiben und mit Dauerrezept an Zur Rose faxen.**Patientenangaben**

Name:	Geschlecht:	männlich	weiblich
Vorname:	Geburtsdatum:		
Adresse:	Versicherer:		
	Telefonnummer:		
Ort:	E-Mail:		

Lieferung an

Patient
Arzt
Lieferadresse:

Verrechnung an

Patient
Arzt (Fertigarzneimittel)
Krankenkasse

Gültigkeit: 6 Monate 1 Jahr

Medikamente

Medikamente	Tag			Menge/Einnahmezeitpunkt				Einnahmевorschrift		
	Mo	Di	Mi	Morgen	Mittag	Abend	Nacht	vor	mit	nach der Mahlzeit
	Do	Fr	Sa					Sonstiges:		
	So	tätlich								
	Mo	Di	Mi	Morgen	Mittag	Abend	Nacht	vor	mit	nach der Mahlzeit
	Do	Fr	Sa					Sonstiges:		
	So	tätlich								
	Mo	Di	Mi	Morgen	Mittag	Abend	Nacht	vor	mit	nach der Mahlzeit
	Do	Fr	Sa					Sonstiges:		
	So	tätlich								
	Mo	Di	Mi	Morgen	Mittag	Abend	Nacht	vor	mit	nach der Mahlzeit
	Do	Fr	Sa					Sonstiges:		
	So	tätlich								
	Mo	Di	Mi	Morgen	Mittag	Abend	Nacht	vor	mit	nach der Mahlzeit
	Do	Fr	Sa					Sonstiges:		
	So	tätlich								

Bemerkungen

Aus medizinischen Gründen nicht substituieren

Einverständniserklärung Patient

Hiermit bestätige ich, dass mein Patient damit einverstanden ist, von Zur Rose Suisse AG betreffend der vorliegenden Verordnung kontaktiert zu werden.

Datum:	Unterschrift:	GLN Nummer:
		Praxisstempel: