

Specialty Care Rezept und Verordnung per Fax an 0800 711 888



Patientenangaben

Name:	Geschlecht:	männlich	weiblich	
Vorname:	Geburtsdatum:	Tag	Monat	Jahr
Adresse:	Versicherer:			
Ort:	Versicherungsnummer:			
Telefonnummer:	E-Mail:			

Lieferung an

Patient	Therapiezentrum Aarau
Arzt	Sonstige Lieferadresse:
Therapiezentrum Zürich	_____
Therapiezentrum Basel	_____

Verrechnung an

Patient
Arzt
Krankenkasse

Diagnose

Dienstleistung

ServiceCare
Therapiebegleitung (durch Specialty Care Therapiezentren AG)
Therapiestart: _____

Medikamente

	Anzahl:	Einnahmевorschrift:
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Rezept

Rezept:	einmalig	Dauerrezept:	1 Monat	3 Monate	6 Monate	12 Monate
---------	----------	--------------	---------	----------	----------	-----------

Einverständniserklärung (bitte mit Arztunterschrift bestätigen)

Der **Patient** hat ausdrücklich erklärt, dass er folgende Leistungen wünscht:

- die Rezeptübermittlung an die Zur Rose
- die Therapiebegleitung durch die Specialty Care Therapiezentren AG

Zur Abwicklung dieser Leistungen hat sich der Patient mit dem erforderlichen Austausch seiner Daten zwischen dem behandelnden Arzt, der Zur Rose und ggf. der Specialty Care Therapiezentren AG ausdrücklich einverstanden erklärt. Daten werden streng vertraulich und unter Beachtung der gesetzlichen Bestimmungen behandelt.

Dem unterzeichnenden **Arzt** ist bekannt, dass Zur Rose seinen Namen sowie anonymisierte Daten über die Durchführung der Therapie zu Kontrollzwecken an die schweizerische ZulassungsinhaberIn des verschriebenen Arzneimittels (oder einen von dieser benannten Dritten) weitergeben kann und stimmt der Weitergabe seines Namens zu.

Der unterzeichnende Arzt ist mit der Weitergabe seines Namens, wie oben beschrieben, nicht einverstanden.

Datum:	Unterschrift:	GLN Nummer:	Praxisstempel:
--------	---------------	-------------	----------------