



## Specialty Care Rezept und Verordnung

per Fax an 0800 711 888

### Patientenangaben

Name	Geschlecht <input type="radio"/> männlich <input type="radio"/> weiblich
Vorname	Geburtsdatum Tag    Monat    Jahr
Adresse	Versicherer
Ort	Versicherungsnummer
Telefonnummer	E-Mail

### Lieferung an

Patient  Therapiezentrum Zürich  
 Arzt  Sonstige Lieferadresse

### Verrechnung an

Patient  Krankenkasse  
 Arzt

### Diagnose

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Dienstleistung

ServiceCare  
 Therapiebegleitung (durch Specialty Care Therapiezentren AG)  
Therapiestart \_\_\_\_\_

Medikamente	Anzahl	Einnahmевorschrift
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

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