

Rezept für Ärzte für Formula-Arzneimittel

Für den Patienten: _____ *Geburtsdatum: _____ weiblich männlich

*Telefonnr. _____

(für die Anwendung in Ihrer Praxis gibt es ein anderes Bestellformular)

Menge	Bezeichnung (mit Wirkstoff, Konzentration, Arzneiform, Volumen...)

Wir können Formula-Arzneimittel (Formula magistralis) an Ärzte zusenden. Falls Sie Arzneimittel zur Abgabe an den Patienten bestellen möchten, stellen Sie ein Rezept pro Person aus. Sie können dem Patienten auch ein Rezept ausstellen und er holt es in der Apotheke seiner Wahl. Nach dem HMG Art. 9 Abs. 2. Bst. a und c. sind wir für die Marktfreigabe der Herstellung zuständig und brauchen diese Angaben wie das Arzneimittel angewendet wird. Für registrierte Arzneimittel gelten die kantonalen Vorschriften. Weitere Informationen finden Sie unter:

https://www.kantonsapotheker.ch/fileadmin/docs/public/kav/2_Leitlinien_Positionspapiere/h_006_positionspapierlohnherstellung_version_2_november_2012.pdf

*Indikation	
*Dosierung	

Bei Neuverordnungen bitte Gesundheitsfragebogen ausfüllen

Ich bestätige, dass ich die medizinischen Abklärungen (Vorerkrankungen, Wechselwirkung mit bestehender Medikation, Allergien) beim Patienten vorgenommen habe.

*Senden Sie das Arzneimittel direkt dem Patienten zu

*Senden Sie das Arzneimittel an unsere Praxis (mit Verrechnung an Patient)

*** Bitte füllen Sie alle Felder mit * zwingend aus**

Rechnungsadresse Patient:	Lieferadresse:

Wählen Sie die gewünschte Versandart aus:

PostPac Priority Signature

wird abgeholt

Swiss-Express Mond Signature

Bei Lieferungen durch externe Spediteure (z.B. Post) wird nach den aktuell gültigen Portotarifen verrechnet, Betäubungsmittel werden Eigenhändig verschickt.

Gem. den neuen GDP-Guidelines versenden wir unsere gekühlten Artikel immer per Express.

Bitte senden Sie uns die Bestellung per E-Mail an rezept@bichsel.ch

Datum:

Stempel und Unterschrift Arzt:

Bitte beachten Sie, dass die Herstellung von Extra-Anfertigungen je nach Menge bzw. Aufwand zwischen ein bis drei Wochen in Anspruch nimmt. In dringenden Fällen nehmen Sie bitte mit uns Kontakt auf zur Absprache eines anderen Liefertermins.

Laboratorium Dr. G. Bichsel AG

Herstellung

Weissenaustrasse 73
3800 Unterseen
info@bichsel.ch

HomeCare

Weissenaustrasse 73
3800 Unterseen
homecare@bichsel.ch

Grosse Apotheke Dr. G. Bichsel AG

Grosse Apotheke

Bahnhofstrasse 5a
3800 Interlaken
bestellung@bichsel.ch

www.bichsel.ch

Ware kontrolliert von:

Bestellung kontrolliert von:

Gesundheitsfragebogen

Um allfällige arzneimittel- oder gesundheitsbezogene Risiken zu erkennen und Ihnen eine optimale Arzneimittelsicherheit bieten zu können, benötigen wir von Ihnen folgende Angaben. Die Daten werden ausschliesslich zur Speicherung arzneimittelbezogener Daten verwendet und nicht an Dritte weitergegeben.

WICHTIG: Bei Erstbestellung und Änderungen Ihrer Medikation, senden Sie uns bitte untenstehenden Fragebogen ausgefüllt per Mail, Fax oder Post zu:
E-Mail: rezept@bichsel.ch **Fax:** 033 827 60 10
Adresse: Grosse Apotheke Dr. G. Bichsel AG, Bahnhofstrasse 5a, 3800 Interlaken

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

Ihre Körpergrösse _____ cm Ihr aktuelles Gewicht _____ kg

Leiden Sie an einer der folgenden gesundheitlichen Beschwerden?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörung |
| <input type="checkbox"/> Herz-Kreislaufkrankung | <input type="checkbox"/> Lebererkrankung |
| <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung | |
| <input type="checkbox"/> Andere _____ | |

Bestehen Unverträglichkeiten oder Allergien (z.B. Aspirin, Penicillin, Sulfonamide etc.)?

- Nein
 Ja, folgende: _____

Welche Medikamente, selbstgekauft oder ärztlich verschrieben, nehmen Sie zusätzlich zu jenen auf Ihrem Rezept. Name, Wirkstärke, Dosierung (z.B. Aspirin Cardio 100 mg, 1 mal täglich 1 Tablette)?

Name	Wirkstärke	Dosierung

Besteht eine Schwangerschaft?

- Ja Nein

Wenn «Ja», erwartetes Geburtsdatum des Kindes: _____

Stillen Sie?

- Ja Nein

Datum _____

Unterschrift _____

Laboratorium Dr. G. Bichsel AG

Herstellung
Weissenaustrasse 73
3800 Unterseen
info@bichsel.ch

HomeCare
Weissenaustrasse 73
3800 Unterseen
homecare@bichsel.ch

Grosse Apotheke Dr. G. Bichsel AG

Grosse Apotheke
Bahnhofstrasse 5a
3800 Interlaken
bestellung@bichsel.ch

17.02.2025/mel