

Rezept

Arzt Daten (Praxisstempel)	
Vorname / Name	Tel.
Praxis / Klinik	ZSR / GLN Nr.
Strasse / Nr.	Fax
PLZ / Ort	E-Mail
Patientendaten (Patientenetikette)	
Patientensprache <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> I	
Vorname / Name	Tel.
Strasse / Nr.	Krankenkasse
PLZ / Ort	Vers.-Nr.
Geburtsdatum	E-Mail

<input type="checkbox"/> APO-go® Patrone Apomorphin Hydrochlorid 100 mg/20 ml (5 Stk)	_____ Anzahl Packungen
<input type="checkbox"/> APO-go® Pen Apomorphin Hydrochlorid 30 mg/3 ml (5 Stk)	_____ Anzahl Packungen
<input type="checkbox"/> Domperidon Lingual Spirig HC 10 mg (30 Stk)	_____ Anzahl Packungen
<input type="checkbox"/> Pumpe Crono Par4 20 (einmalig)	

Infusionszubehör	Anz. Packungen	Infusionszubehör	Anz. Packungen
APO-go Katheter Neria Guard 9 mm/110 cm (10 Stk)		Combi-Stopper (100 Stk)	
APO-go Katheter Neria Guard 9 mm/60 cm (10 Stk)		CronoBell Sleeve (1 Stk)	
APO-go Katheter Neria Guard 6 mm/60 cm (10 Stk)			

Nach Absprache mit dem Patienten wird ein individuelles Applikationsset abgegeben. Dieses umfasst z.B. Alkoholtupfer, Kompressen, Abwurfbehälter.

Dosierung	<input type="checkbox"/> Free Mode <input type="checkbox"/> Auto Mode <input type="checkbox"/> Boli täglich max. _____ Mal _____ mg
	F1: Free Mode: _____ mg/h Auto Mode: von _____ bis _____ Uhr
	F2: Free Mode: _____ mg/h Auto Mode: von _____ bis _____ Uhr
	F3: Free Mode: _____ mg/h Auto Mode: von _____ bis _____ Uhr
	Körpergrösse: _____ cm Gewicht: _____ kg

Rezept-Gültigkeit	<input type="checkbox"/> Einzelrezept <input type="checkbox"/> Dauerrezept _____ Monate <input type="checkbox"/> Repetitionen _____
--------------------------	---

Kostengutsprache	<input type="checkbox"/> Wurde bereits eingeholt (bitte Kopie mitsenden)
-------------------------	--

Therapiebegleitung	Der Arzt / die Ärztin wünscht eine Therapiebegleitung durch eine spezialisierte MediService Parkinson Pflegefachperson: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
---------------------------	---

Lieferadresse	<input type="checkbox"/> obige Patientenadresse <input type="checkbox"/> obige Arztadresse <input type="checkbox"/> andere Lieferadresse (CH) <input type="checkbox"/> Spitalapotheke
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	

Falls ein bestimmtes Lieferdatum gewünscht ist, bitte angeben.	Lieferung am: _____
--	---------------------

Wichtig Die Ärztin / der Arzt bestätigt mit ihrer / seiner Unterschrift, dass die / der PatientIn der Rezeptübermittlung, Therapiebegleitung sowie dem Bezug über MediService zugestimmt hat und dass die Angaben des Arztes (ohne Patientennamen) zu statistischen Zwecken sowie im Falle von unerwünschten Ereignissen an den Medikamentenhersteller übermittelt werden können.	Unterschrift des Arztes
	Datum, Stempel / Unterschrift

Haben Sie das Rezept unterschrieben? Bitte das Rezept an contact@mediservice.ch oder via Fax an **032 686 20 30** senden.