

# Rezept

bitte faxen an:  
**032 686 28 05**

Arztdaten (evtl. Praxisstempel)	
Vorname, Name:	Tel.:
Praxis/Klinik:	ZSR:
Strasse/Nr.:	Fax:
PLZ/Ort:	E-Mail:
Patientendaten (evtl. Patientenetikette)	
Vorname, Name:	Tel.:
Strasse/Nr.:	Sprache: <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> I
PLZ/Ort:	Krankenkasse:
Geburtsdatum:	Vers.-Nr.:

Medikament	Anzahl Packungen	Medikament	Anzahl Packungen
<b>Lucentis</b>	LUCENTIS Inj Lös Durchstfl. 2.3 mg / 0.23ml	<b>Eylea</b>	EYLEA Inj Lös 2 mg/0.05ml Durchstfl
	LUCENTIS Inj Lös Fertigspr 1.65mg / 0.165ml		Injektionsset (BD-Spritze 1ml + BD-Kanüle 0.3 x 13 mm)
<b>Ozurdex</b>	OZURDEX intravitreales Implant in Applikator		

**Rezept - Gültigkeit**  Einzelrezept  Dauerrezept \_\_\_\_ Monate  Repetitionen \_\_\_\_

**Information zur Einholung der Kostengutsprache, sofern notwendig**

**Kostengutsprache**  Wurde bereits eingeholt (bitte eine Kopie an obige Nummer faxen)  
 Kostengutsprache soll durch MediService eingeholt werden (MediService übernimmt Erstellung und Einreichung der Kostengutsprache an die Krankenkasse)

**Betroffenes Auge**  Rechtes Auge  Linkes Auge  Beide Augen

Lucentis	Eylea	Ozurdex
<input type="checkbox"/> Feuchte AMD	<input type="checkbox"/> Feuchte AMD	<input type="checkbox"/> Retinaler Venenastverschluss (VAV)
<input type="checkbox"/> Diabetisches Makulaödem (DME)	<input type="checkbox"/> Diabetisches Makulaödem (DME)	<input type="checkbox"/> Retinaler Zentralvenenverschluss (ZVV)
<input type="checkbox"/> Retinaler Venenverschluss (BRVO und CRVO)	<input type="checkbox"/> Retinaler Zentralvenenverschluss (CRVO)	<input type="checkbox"/> Nichtinfektiöse Uveitis des posterioren Segments des Auges
<input type="checkbox"/> Myope CNV	<input type="checkbox"/> Retinaler Venenastverschlusses (BRVO).	<input type="checkbox"/> Diabetisches Makulaödem (DME)

**Sonstige Indikationen:** \_\_\_\_\_

**Bisherige Behandlung und Krankheitsverlauf** \_\_\_\_\_

**Lieferadresse**  obige Patientenadresse \_\_\_\_\_  
 obige Arztadresse \_\_\_\_\_  
 andere Lieferadresse (CH) nebenstehend \_\_\_\_\_  
 Spitalapotheke nebenstehend \_\_\_\_\_

Falls ein bestimmtes Lieferdatum gewünscht ist, bitte angeben. Lieferung am: \_\_\_\_\_

**Unterschrift des Arztes**

**Wichtig:** Der Patient hat dem Bezug über MediService, der Rezeptübermittlung per Fax zugestimmt (bitte mit Arztunterschrift bestätigen). Ich erkläre mich einverstanden, dass im Falle von unerwünschten Ereignissen MediService gegebenenfalls meine Kontaktdaten an die Herstellerfirma weiterleitet, damit die Firma mich bei Rückfragen direkt kontaktieren kann.

Datum \_\_\_\_\_ Stempel / Unterschrift \_\_\_\_\_