

# Rezept

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

**MEDI SERVICE**

Ausserfeldweg 1  
4528 Zuchwil  
Telefon: 0800 220 222  
E-Mail: contact@mediservice.ch

Ihre Spezialapotheke

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.:

Anz. Packungen	Anz. Packungen	Anz. Packungen
<b>Actemra</b>	<b>Humira</b>	<b>Remicade</b>
Infusionskonz. 80 mg / 4 ml (1 Stk)	Vorgefüllter Injektor/Pen 40mg (1 Stk)	Trockensubs. 100 mg (1 Stk)
Infusionskonz. 200 mg / 10 ml (1 Stk)	Injektionslös. 40 mg (1 Stk)	Infusionsset ohne Filter (1 Stk à
Infusionskonz. 400 mg / 20 ml (1 Stk)	Durchstechfl. Inj Lös 40 mg (2 Stk)	Filter – Codan Set (1 Stk)
Fertigspr. 162 mg/0,9 ml (4 Stk)	<b>Inflectra</b>	Filter – Intrapur Lipid B.Braun (1 Stk)
Actemra® Infusionsset (1 Stk)	Durchstechfl. 100 mg (1 Stk)	Filter – Alaris Extension Set (1 Stk)
<b>Cimzia</b>	<b>Kevzara</b>	<b>Remsima</b>
Injektionslös. 200 mg / ml (2 Stk)	Fertigspritze 150mg/1.14ml (2 Stk)	Durchstechfl. 100 mg (1 Stk)
AutoClicks 200 mg/ml (2 Stk)	Fertigspritze 200mg/1.14ml (2 Stk)	<b>Simponi</b>
<b>Cosentyx</b>	Fertigpen 150mg/1.14ml (2 Stk)	Fertigspr. 50mg (1 Stk)
Inj Lös 150mg/1ml Fertigspr (1 Stk)	Fertigpen 200mg/1.14ml (2 Stk)	Pen Injektionslös. 50mg (1 Stk)
Inj Lös 150mg/1ml Fertigspr (2 Stk)	<b>*Olumiant</b>	Fertigspr. 100mg (1 Stk)
SensoReady 150mg/1ml (1 Stk)	Filmtabl. 2 mg (28 Stk)	Pen Injektionslös. 100mg (1 Stk)
SensoReady 150mg/1ml (2 Stk)	Filmtabl. 4 mg (28 Stk)	<b>Stelara</b>
<b>Enbrel</b>	<b>*Otezla</b>	Fertigspr. Inj Lös 45mg/0.5ml (1 Stk)
Injektionslös. 25 mg (4 Stk)	Filmtabl. Starterpackung (27 Stk)	Fertigspr. Inj Lös 90 mg/ml (1 Stk)
Trockensub. 25 mg (4 Stk)	Filmtabl. 30 mg (56 Stk)	Infusionskonz. 130 mg/26ml (1 Stk)
Injektionslös.g 50 mg (2 Stk)	<b>Orencia</b>	Durchschfl Inj Lös 45mg/0.5ml (1Stk)
MyClic 50 mg (2 Stk)	Fertigspr. 125 mg/ml (4 Stk)	<b>*Xeljanz</b>
<b>Erelzi</b>	Trockensub mit Spritze 250mg (1 Stk)	Filmtabl. 5 mg (56 Stk)
Inj Lös 25mg/0.5ml Fertigspr (4 Stk)	Fertigpen 125 mg/ml (4 Stk)	
Inj Lös 50mg/1ml Fertigspr (2 Stk)	<b>*Keine Home Care Therapiebegleitung</b>	
SensoReady 50mg/ 1ml (2 Stk)		

Dosierung \_\_\_\_\_

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

Kostengutsprache ☞ Bitte Kostengutsprache faxen, sofern vorhanden

Home Care Service  Der Arzt wünscht Therapiebegleitung durch MediService Home Care Team

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

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

Unterschrift des Arztes	
<p>Datum _____</p> <p>Stempel / Unterschrift _____</p>	<p><b>Wichtig:</b> Der Patient hat dem Bezug über MediService, der Rezeptübermittlung per Fax und der Therapiebegleitung 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.</p>

14ANDPHC05DF\_k

02186