

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.:

02207

Inflectra® Trockensub 100 mg _____ Anzahl Packungen

Dosierung _____

Rezept - Gültigkeit Einzelrezept Dauerrezept _____ Monate Repetitionen _____

Kostengutsprache: Liegt bereits vor (bitte eine Kopie an obige Nummer faxen)

Infusion: Arzt wünscht die Infusionsdurchführung durch das MediService Home Care Team
 in der Praxis
 beim Patienten zu Hause (Die initialen 3 Infusionen müssen in der Praxis / im Spital durchgeführt werden)

Zubehör

- Inflectra Filter Intrapur normal für Infusionsset _____ Anzahl Packungen
- Inflectra Aqua ad inject 10 ml à 20 Stk 1 Anzahl Packungen
- Inflectra Aqua ad Inj Ecoflac plus 100 ml à 20 Stk 1 Anzahl Packungen

Zusätzlich benötigte Medikamente:

Rp. Medikament Name, galenische Form, Stärke	Packungs- grösse	Anzahl Packungen	Gültigkeit	Dosierung

Lieferadresse obige Patientenadresse
 obige Arztadresse
 andere Lieferadresse (CH) nebenstehend

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

Unterschrift des Arztes	
	<p>Wichtig: Der Patient hat dem Bezug über MediService, der Rezeptübermittlung per Fax und, wenn gewünscht, der Infusionsdurchführung durch das MediService Home Care Team 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>
Datum	Stempel / Unterschrift

17ANDPHC07DF_a