

Arztdaten (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"/> Privigen® Inj Lös 2.5 g/25 ml i.v. Durchstechfl 25 ml (1 Stk)	_____ Anzahl Packungen
<input type="checkbox"/> Privigen® Inj Lös 5 g/50 ml i.v. Durchstechfl 50 ml (1 Stk)	_____ Anzahl Packungen
<input type="checkbox"/> Privigen® Inj Lös 10 g/100 ml i.v. Durchstechfl 100 ml (1 Stk)	_____ Anzahl Packungen
<input type="checkbox"/> Privigen® Inj Lös 20 g/200 ml i.v. Durchstechfl 200 ml (1 Stk)	_____ Anzahl Packungen
<input type="checkbox"/> Privigen® Inj Lös 40 g/400 ml i.v. Durchstechfl 400 ml (1 Stk)	_____ Anzahl Packungen
<input type="checkbox"/> NaCl Inj Lös 0.9 % 500 ml (1 Stk)	_____ Anzahl Packungen

Dosierung (g/kg KG) _____ **Gesamtdosis (g)** _____

Infusionen verteilt auf 1 Tag 2 Tage 3 Tage 4 Tage 5 Tage

Rezept-Gültigkeit Einzelrezept Dauerrezept _____ Monate Repetitionen _____

Indikation
 Innerhalb der Spezialitätenliste (SL)
 Ausserhalb der Spezialitätenliste (SL) → *bitte eine Kopie der Kostengutsprache mitsenden*

Home Care Service Der Arzt wünscht eine Infusionsdurchführung durch das MediService Home Care Team

Lieferadresse
 obige Patientenadresse obige Arztadresse
 andere Lieferadresse (CH) Spitalapotheke

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

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

Datum, Stempel / Unterschrift