Rezept

MediService by Redcare

Arztdaten (Praxisstempel)	
Vorname / Name	Tel.
Praxis / Klinik	ZSR / GLN Nr.
Strasse / Nr.	Fax
PLZ / Ort	E-Mail
Patientendaten (Patientenetikette)	Patientensprache ☐ D ☐ F ☐ I
Vorname / Name	Tel.
Strasse / Nr.	Krankenkasse
PLZ / Ort	Vers.-Nr.
Geburtsdatum	E-Mail

☐ **Privigen®** Inj Lös 2.5 g/25 ml i.v. Durchstechfl 25 ml (1 Stk)	_____ **Anzahl Packungen**
☐ **Privigen®** Inj Lös 5 g/50 ml i.v. Durchstechfl 50 ml (1 Stk)	_____ **Anzahl Packungen**
☐ **Privigen®** Inj Lös 10 g/100 ml i.v. Durchstechfl 100 ml (1 Stk)	_____ **Anzahl Packungen**
☐ **Privigen®** Inj Lös 20 g/200 ml i.v. Durchstechfl 200 ml (1 Stk)	_____ **Anzahl Packungen**
☐ **Privigen®** Inj Lös 40 g/400 ml i.v. Durchstechfl 400 ml (1 Stk)	_____ **Anzahl Packungen**
☐ NaCl 0.9% 500 ml (1 Stk)	_____ **Anzahl Packungen**
☐ Infusionsset Promedical (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	Die Ärztin/der Arzt wünscht die Infusionsdurchführung durch eine MediService Pflegefachperson: ☐ Ja ☐ Nein

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 Patientin/der Patient der Rezeptübermittlung, Therapiebegleitung sowie dem Bezug über MediService zugestimmt hat und dass die Angaben der Ärztin/des Arztes (ohne Patientennamen) zu statistischen Zwecken sowie im Falle von unerwünschten Ereignissen an den Medikamentenhersteller übermittelt werden können.

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

Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Datum, Stempel / Unterschrift

02479

© MediService AG / Version: 14ANDPHC15DF_d