

Rezept

Arzt Daten (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"/> Kiovig® Inf Lös 2.5 g / 25 ml i.v. Durchstechflasche	_____ Anzahl Packungen
<input type="checkbox"/> Kiovig® Inf Lös 5 g / 50 ml i.v. Durchstechflasche	_____ Anzahl Packungen
<input type="checkbox"/> Kiovig® Inf Lös 10 g / 100 ml i.v. Durchstechflasche	_____ Anzahl Packungen
<input type="checkbox"/> Kiovig® Inf Lös 20 g / 200 ml i.v. Durchstechflasche	_____ Anzahl Packungen
<input type="checkbox"/> Kiovig® Inf Lös 30 g / 300 ml i.v. Durchstechflasche	_____ 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 _____

Kostengutsprache Verschreibung innerhalb der Limitatio der Spezialitätenliste (keine Kostengutsprache notwendig)
 Verschreibung ausserhalb der Limitatio der Spezialitätenliste: Bitte eine Kopie der Kostengutsprache beilegen

Home Care Service Der Arzt wünscht die Infusionsdurchführung durch das MediService Home Care Team
Achtung: Die Dienstleistung kann nur bei der Indikation Antikörpermangelsyndrom, für maximal 3 Infusionen, erbracht werden

Verordnung für Verdünnungs-/Spüllösung (Name, galenische Form, Stärke, Packungsgrösse)	Anzahl	Dosierung

Lieferadresse obige Patientenadresse obige Arztadresse
 andere Lieferadresse (CH) Spitalapotheke

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

<p>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.</p> <p>Haben Sie das Rezept unterschrieben? Bitte das Rezept an contact@mediservice.ch oder via Fax an 032 686 20 30 senden.</p>	<p>Unterschrift des Arztes</p>
	<p>Datum, Stempel / Unterschrift</p>