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

☐ **Skyrizi®** Inj Lös 150 mg/ml Fertigspritze (1 Stk)	_____ **Anzahl Packungen**
☐ **Skyrizi®** Inj Lös 150 mg/ml Fertigpen (1 Stk)	_____ **Anzahl Packungen**
☐ **Skyrizi®** Inj Lös 360 mg/2.4ml Patrone (1 Stk)	_____ **Anzahl Packungen**
☐ **Skyrizi®** Inf Konz 600 mg/10ml (1 Stk)	_____ **Anzahl Packungen**
☐ Infusionsset Promedical (1 Stk)	_____ **Anzahl Packungen**
☐ NaCl 0.9% 250 ml (1 Stk)	_____ **Anzahl Packungen**
☐ Injektionszubehör: Alkoholtupfer, Kompressen, Abwurfbehälter	

Dosierung _____

Rezept-Gültigkeit	☐ Einzelrezept ☐ Dauerrezept____ Monate ☐ Repetitionen ____
Kostengutsprache	☐ Keine Kostengutsprache nötig (Anwendung innerhalb der Limitatio der Spezialitätenliste und bei Indikation Morbus Crohn (nur 360 mg und 600 mg) 1. Behandlungsjahr) ☐ Wurde bereits eingeholt (bitte Kopie mitsenden) Bei Weiterbehandlung nach dem 1. Behandlungsjahr bei Indikation Morbus Crohn (nur 360 mg und 600 mg) ist eine Kostengutsprache notwendig.
Home Care Service	Die Ärztin/der Arzt wünscht eine Injektionsschulung und Therapiebegleitung oder Infusionsdurchführung durch eine spezialisierte 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 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

02498

© MediService AG / Version: 22MSE0071DF_c