

Rezept

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"/> Stelara® Inj Lös 45 mg/0.5 ml Fertigspritze (1 Stk)	_____ Anzahl Packungen
<input type="checkbox"/> Stelara® Inj Lös 45 mg/ml Fertigpen (1 Stk)	_____ Anzahl Packungen
<input type="checkbox"/> Stelara® Inj Lös 45 mg/0.5 ml Durchstechflasche (1 Stk)	_____ Anzahl Packungen
<input type="checkbox"/> Stelara® Inj Lös 90 mg/ml Fertigspritze (1 Stk)	_____ Anzahl Packungen
<input type="checkbox"/> Stelara® Inj Lös 90 mg/ml Fertigpen (1 Stk)	_____ Anzahl Packungen
<input type="checkbox"/> Stelara® Inf Konz 130 mg/26 ml Durchstechflasche (1 Stk)	_____ Anzahl Packungen
<input type="checkbox"/> NaCl 0.9% 250 ml (1 Stk)	_____ Anzahl Packungen
<input type="checkbox"/> Aqua ad inj. 10 ml (20 Stk)	_____ Anzahl Packungen
<input type="checkbox"/> Infusionsset Promedical (1 Stk)	_____ Anzahl Packungen
<input type="checkbox"/> Inf. Filter Sterifix 0.2 µm (1 Stk)	_____ Anzahl Packungen

Dosierung _____

Rezept-Gültigkeit Einzelrezept Dauerrezept _____ Monate Repetitionen _____

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.

Unterschrift der Ärztin/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

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

Indikation	<input type="checkbox"/> Plaque-Psoriasis	Gemäss Spezialitätenliste → keine Kostengutsprache notwendig
	<input type="checkbox"/> Psoriasis-Arthritis	Gemäss Spezialitätenliste → keine Kostengutsprache notwendig
	<input type="checkbox"/> Morbus Crohn	Gemäss Spezialitätenliste → Kostengutsprache notwendig
	<input type="checkbox"/> Colitis Ulcerosa	Gemäss Spezialitätenliste → Kostengutsprache notwendig

Kostengutsprache	<input type="checkbox"/> Keine Kostengutsprache nötig (Indikation gemäss Spezialitätenliste)
	<input type="checkbox"/> Wurde bereits eingeholt (bitte Kopie mitsenden)

Home Care Service	Die Ärztin/der Arzt wünscht die Injektionsschulung oder Infusionsdurchführung durch eine MediService Pflegefachperson: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
--------------------------	--

Lieferadresse	<input type="checkbox"/> obige Patientenadresse	<input type="checkbox"/> obige Arztadresse
	<input type="checkbox"/> andere Lieferadresse (CH)	<input type="checkbox"/> 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.

Unterschrift der Ärztin/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