

# Omnitrope® Home Care Anmeldung und 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

- Ärztin/Arzt wünscht eine Therapiebegleitung durch das MediService Home Care Team (kostenlos)**  
 **Ärztin/Arzt wünscht eine Therapiebegleitung (kostenlos) inkl. Medikamentenversorgung durch MediService**

Wenn nur eine Therapiebegleitung gewünscht ist, so ist unten nur das benötigte Zubehör anzukreuzen. Die Therapiebegleitung besteht aus einer persönlichen Injektionsanleitung und 5 Follow-up Telefonaten/Videotelefonaten. Des Weiteren steht den Patienten und Ärzten unter +41 32 686 20 20 von montags bis freitags zwischen 8 und 17 Uhr eine durch medizinisches Fachpersonal besetzte Helpline zur Verfügung.

**Tagesdosis für Therapiestart** \_\_\_\_\_

## Rezept

- |   |                               |
|---|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <b>Omnitrope® SurePal Inj Lös 5 mg/1.5 ml Patronen (5 Stk)*</b>  | _____ <b>Anzahl Packungen</b> |
| <input type="checkbox"/> <b>Omnitrope® SurePal Inj Lös 10 mg/1.5 ml Patronen (5 Stk)*</b> | _____ <b>Anzahl Packungen</b> |
| <input type="checkbox"/> <b>Omnitrope® SurePal Inj Lös 15 mg/1.5 ml Patronen (5 Stk)*</b> | _____ <b>Anzahl Packungen</b> |

- |  |  |                          |
|--|--|--------------------------|
| Benötigtes Zubehör   | <input type="checkbox"/> <b>SurePal™ 5 (weiss)**</b> Injektionspen für Omnitrope® 5 mg (wiederverwendbar)  | _____ <b>Anzahl Pens</b> |
|  | <input type="checkbox"/> <b>SurePal™ 10 (grün)**</b> Injektionspen für Omnitrope® 10 mg (wiederverwendbar) | _____ <b>Anzahl Pens</b> |
|  | <input type="checkbox"/> <b>SurePal™ 15 (blau)**</b> Injektionspen für Omnitrope® 15 mg (wiederverwendbar) | _____ <b>Anzahl Pens</b> |
|  | <b>Injektionsnadeln (105 Stk)*</b> <input type="checkbox"/> 5 mm <input type="checkbox"/> 8 mm             |                          |
| <b>Sterile Alkoholtupfer*</b> <input type="checkbox"/> 100 Stück | <b>Abwurfbehälter*</b> <input type="checkbox"/> 1 Stück  |                          |
| <b>Kühltasche**</b> <input type="checkbox"/> 1 Stück             |  |                          |

\*wird der Krankenkasse des Patienten durch MediService in Rechnung gestellt \*\*wird kostenlos durch SANDOZ zur Verfügung gestellt

**Rezept-Gültigkeit**  Einzelrezept  Dauerrezept \_\_\_\_\_ Monate  Repetitionen \_\_\_\_\_

**Kostengutsprache**  Wurde bereits eingeholt (bitte Kopie mitsenden)

**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](mailto:contact@mediservice.ch) oder via Fax an **032 686 20 30** senden.

Datum, Stempel / Unterschrift