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

☐ **Benlysta®** Inj Lös 200 mg/ml Autoinjektor (1 Stk)	_____ **Anzahl Packungen**
☐ **Benlysta®** Inj Lös 200 mg/ml Autoinjektor (4 Stk)	_____ **Anzahl Packungen**
☐ **Benlysta®** Trockensub 120 mg Durchstechflasche (1 Stk)	_____ **Anzahl Packungen**
☐ **Benlysta®** Trockensub 400 mg Durchstechflasche (1 Stk)	_____ **Anzahl Packungen**
☐ NaCl 0,9 % 250 ml (1 Stk)	_____ **Anzahl Packungen**
☐ Aqua ad inj. 10 ml (OP à 20 Stk)	_____ **Anzahl Packungen**
☐ Infusionsset Promedical (1 Stk)	_____ **Anzahl Packungen**

Dosierung _____

Rezept-Gültigkeit ☐ Einzelrezept ☐ Dauerrezept _____ Monate ☐ Repetitionen _____

Kostengutsprache ☐ Wurde bereits eingeholt (bitte Kopie mitsenden)

Home Care Service Die Ärztin/der Arzt wünscht die Injektionsschulung oder 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

02390

© MediService AG / Version: 20REZBUS016DF_d