

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

☐ Remicade® Trockensub 100 mg Durchstechflasche (1 Stk)	_____ Anzahl Packungen
☐ Solu-Cortef® Trockensub 100 mg c Solv 2 ml Act-O-Vial (1 Stk)	_____ Anzahl Packungen
☐ Infusionsset Promedical (1 Stk)	_____ Anzahl Packungen
☐ Filter Intrapur Lipid 1.2 µm (1 Stk)	_____ Anzahl Packungen
☐ NaCl 0.9% 250 ml (1 Stk)	_____ Anzahl Packungen
☐ Aqua ad inj. 10 ml (OP à 20 Stk)	_____ Anzahl Packungen

Dosierung _____

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

Kostengutsprache ☐ Wurde bereits eingeholt (bitte Kopie mitsenden)

Die Ärztin/der Arzt wünscht die Infusionsdurchführung durch eine MediService Pflegefachperson:

Home Care Service ☐ in der Praxis
☐ beim Patienten zu Hause (die initialen 3 Infusionen müssen in der Praxis / im Spital durchgeführt werden)

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
	Datum, Stempel / Unterschrift

Haben Sie das Rezept unterschrieben? Bitte das Rezept an contact@mediservice.ch oder via Fax an **032 686 20 30** senden.