

# Rezept

<b>Arztdaten (Praxisstempel)</b>	
Vorname / Name	Tel.
Praxis / Klinik	ZSR / GLN Nr.
Strasse / Nr.	Fax
PLZ / Ort	E-Mail
<b>Patientendaten (Patientenetikette)</b>	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"/> <b>Remodulin®</b> (Treprostinil) Inf Lös 1 mg/ml Durchstechflasche 20 ml (1 Stk)	_____ Anzahl Packungen
<input type="checkbox"/> <b>Remodulin®</b> (Treprostinil) Inf Lös 2.5 mg/ml Durchstechflasche 20 ml (1 Stk)	_____ Anzahl Packungen
<input type="checkbox"/> <b>Remodulin®</b> (Treprostinil) Inf Lös 5 mg/ml Durchstechflasche 20 ml (1 Stk)	_____ Anzahl Packungen
<input type="checkbox"/> <b>Remodulin®</b> (Treprostinil) Inf Lös 10 mg/ml Durchstechflasche 20 ml (1 Stk)	_____ Anzahl Packungen

**Pumpen**  Lenus pro Pumpe normales Septum (i.v.)  I-JET Subkutan Pumpe (s.c.)  
 Lenus pro Pumpe prominentes Septum (i.v.)

Infusionszubehör	Anz. Packungen	Infusionszubehör	Anz. Packungen
Spritzen für I-JET Pumpe 20 Stk		Quick-set MMT-392 I-JET 10 Stk	
Minimed Quick-serter MMT-305 QS 1 Stk		Quick-set MMT-393 I-JET 10 Stk	
DUO Auffüllset Lenus Pro 1 Stk		Cleo 90 Infusionsset 6 mm 60 cm 10 Stk	

Nach Absprache mit dem Patienten wird ein individuelles Applikationsset abgegeben. Dieses umfasst z.B. Desinfektionsmittel, Alkoholtupfer, Gaze, Duschfolie, Seidenpflaster.

**Dosierung** \_\_\_\_\_

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

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

**Home Care Service**  Der Arzt wünscht eine Therapiebegleitung durch eine PH-Nurse des MediService Home Care Teams

**Lieferadresse**  obige Patientenadresse  obige Arztadresse  
 andere Lieferadresse (CH)  Spitalapotheke

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Falls ein bestimmtes Lieferdatum gewünscht ist, bitte angeben. Lieferung am: \_\_\_\_\_

<p><b>Wichtig</b> Die Ärztin / der Arzt bestätigt mit ihrer / seiner Unterschrift, dass die / der PatientIn 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.</p>	<p><b>Unterschrift des Arztes</b></p>   
	<p><b>Haben Sie das Rezept unterschrieben? Bitte das Rezept an <a href="mailto:contact@mediservice.ch">contact@mediservice.ch</a> oder via Fax an 032 686 20 30 senden.</b></p>