

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"/> Cutaquig® Injektionslösung 1 g / 6 ml Durchstechflasche 1 Stk _____ Anzahl Packungen	
<input type="checkbox"/> Cutaquig® Injektionslösung 2 g / 12 ml Durchstechflasche 1 Stk _____ Anzahl Packungen	
<input type="checkbox"/> Cutaquig® Injektionslösung 4 g / 24 ml Durchstechflasche 1 Stk _____ Anzahl Packungen	
<input type="checkbox"/> Cutaquig® Injektionslösung 8 g / 48 ml Durchstechflasche 1 Stk _____ Anzahl Packungen	
Dosierung _____	
Zubehör	<input type="checkbox"/> Infusionspumpe zur kontrollierten subkutanen Verabreichung von Immunglobulinen. <input type="checkbox"/> Folgende Materialien gehören zur Infusionstherapie: Medikamentenreservoir, Infusionsset, Desinfektionsmittel, Tupfer, Pflaster, Abwurfbehälter, Entnahmehilfe, Schutzhülle
Rapid Push Applikation	<input type="checkbox"/> Benötigt keine Mikrodosierungspumpe; Applikation via Rapid Push
Rezept-Gültigkeit	<input type="checkbox"/> Einzelrezept <input type="checkbox"/> Dauerrezept _____ Monate <input type="checkbox"/> Repetitionen _____ <input type="checkbox"/> Wurde bereits eingeholt (bitte Kopie mitsenden)
Kostengutsprache	<input type="checkbox"/> Die Ärztin/der Arzt wünscht die Zusendung eines Gesuchsformulars für die Einreichung bei der Krankenkasse
Home Care Service (inkl. Pumpenschulung)	<input type="checkbox"/> Instruktion und Betreuung des Patienten in die selbstständige Infusionstherapie
Gewünschter Instruktionort	<input type="checkbox"/> Klinik oder Praxis <input type="checkbox"/> Patientendomizil
Gewünschter Instruktionstermin	<input type="checkbox"/> Kalenderwoche _____
Datum letzte i.v. Gabe: _____	Grösse: _____ cm Gewicht: _____ kg
Lieferadresse	<input type="checkbox"/> obige Patientenadresse <input type="checkbox"/> obige Arztadresse <input type="checkbox"/> andere Lieferadresse (CH)
Falls ein bestimmtes Lieferdatum gewünscht ist, bitte angeben. Lieferung am: _____	
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 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.	