

# Rezept / Anmeldung Heiminjektion

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

**Givlaari®** Inj Lös 189 mg/ml Durchstechflasche 1 ml (1 Stk) \_\_\_\_\_ **Anzahl Packungen**

Injektionszubehör: Spritze inkl. Kanüle 26G, Nadel 18G, Alkoholtupfer, Kompressen, Abwurfbehälter

**Dosierung:** \_\_\_\_\_ mg      **Gewicht des Patienten:** \_\_\_\_\_ kg

Die empfohlene Dosis von Givlaari® beträgt 2.5 mg pro kg einmal monatlich, verabreicht als subkutane Injektion. Die Dosierung richtet sich nach dem tatsächlichen Körpergewicht.  
Für aktuelle Informationen bitte stets die Fachinformation konsultieren.

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

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

**Injektionsservice**    Der Arzt / die Ärztin wünscht die Heiminjektion durch eine MediService Pflegefachperson:  
 Ja     Nein  
Heiminfusionen sind ab dem 2. Therapiejahr möglich.

**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 / 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.

**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.

## Unterschrift des Arztes

Datum, Stempel / Unterschrift