

# 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

**APO-go® Patrone** Apomorphin Hydrochlorid 100 mg/20 ml (5 Stk) \_\_\_\_\_ **Anzahl Packungen**

Domperidon Lingual Spirig HC 10 mg (30 Stk) \_\_\_\_\_ **Anzahl Packungen**

Pumpe Crono Par4 20 (einmalig)

Applikationsset: Alkoholtupfer, Kompressen, Abwurfbehälter

**Zusätzlich benötigte Medikamente:** \_\_\_\_\_

Infusionszubehör	Anz. Packungen	Infusionszubehör	Anz. Packungen
APO-go Katheter Neria Guard 9 mm/110 cm (10 Stk)		Combi-Stopper (100 Stk)	
APO-go Katheter Neria Guard 9 mm/60 cm (10 Stk)		CronoBell Sleeve (1 Stk)	
APO-go Katheter Neria Guard 6 mm/60 cm (10 Stk)			

Free Mode  Auto Mode  Boli täglich max. \_\_\_\_ Mal \_\_\_\_ mg

**Dosierung**  
 F1: Free Mode: \_\_\_\_ mg/h      Auto Mode: von \_\_\_\_ bis \_\_\_\_ Uhr  
 F2: Free Mode: \_\_\_\_ mg/h      Auto Mode: von \_\_\_\_ bis \_\_\_\_ Uhr  
 F3: Free Mode: \_\_\_\_ mg/h      Auto Mode: von \_\_\_\_ bis \_\_\_\_ Uhr  
 Körpergrösse: \_\_\_\_ cm      Gewicht: \_\_\_\_ kg

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

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

**Home Care Service**    Die Ärztin/der Arzt wünscht die Infusionsschulung und Therapiebegleitung durch eine spezialisierte MediService Parkinson 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 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 der Ärztin/des Arztes**

\_\_\_\_\_

Datum, Stempel / Unterschrift