Rezept

MediService by Redcare

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

☐ **Xolair®** (Omalizumab) Stechampulle à 150 mg plus Lösungsmittel für Injektionslösung _____ **Anzahl Packungen**

☐ **Xolair®** (Omalizumab) Inj Lös 75 mg/0.5 ml Fertigspritze (1 Stk) _____ **Anzahl Packungen**

☐ **Xolair®** (Omalizumab) Inj Lös 150 mg/1 ml Fertigspritze (1 Stk) _____ **Anzahl Packungen**

☐ **Xolair®** (Omalizumab) Inj Lös 150 mg/1ml Fertigpen (1 Stk) _____ **Anzahl Packungen**

☐ **Xolair®** (Omalizumab) Inj Lös 300 mg/2ml Fertigpen (1 Stk) _____ **Anzahl Packungen**

Dosierung _____ mg **Xolair®** ☐ alle 2 Wochen ☐ alle 4 Wochen

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

Kostengutsprache ☐ Wurde bereits eingeholt (bitte Kopie mitsenden)

Home Care Service ☐ Die Ärztin/der Arzt wünscht die Injektionsinstruktion der Xolair Fertigspritze oder des Xolair Fertigpens durch eine MediService Pflegefachperson

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, 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.

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

Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Datum, Stempel / Unterschrift

02434

© MediService AG / Version: 14ANDPHC25DF_c