

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"/> Winrevair® 45 mg Set (1 Stk) 1 Durchstechflasche mit Pulver + Lösungsmittel zur Herstellung einer Injektionslösung	_____ Anzahl Packungen
<input type="checkbox"/> Winrevair® 45 mg Set (2 Stk) 2 Durchstechflaschen mit Pulver + Lösungsmittel zur Herstellung einer Injektionslösung	_____ Anzahl Packungen
<input type="checkbox"/> Winrevair® 60 mg Set (1 Stk) 1 Durchstechflasche mit Pulver + Lösungsmittel zur Herstellung einer Injektionslösung	_____ Anzahl Packungen
<input type="checkbox"/> Winrevair® 60 mg Set (2 Stk) 2 Durchstechflaschen mit Pulver + Lösungsmittel zur Herstellung einer Injektionslösung	_____ Anzahl Packungen

Dosierung _____

Rezept-Gültigkeit Einzelrezept Dauerrezept ____ Monate Repetitionen ____

Kostengutsprache Wurde bereits eingeholt (bitte Kopie mitsenden)
 Kostengutsprache soll durch MediService eingeholt werden: MediService übernimmt die Einreichung des Kostengutsprache gesuchs an die Krankenkasse. Bitte füllen Sie die Angaben auf der 2. Seite aus.

Home Care Service Ja Nein Die Ärztin/der Arzt wünscht eine Therapiebegleitung* durch eine MediService PH Nurse
 Ja Nein Die Ärztin/der Arzt wünscht die Koordination der Blutkontrollen durch eine MediService PH Nurse

* Die Dienstleistung kann auf Wunsch eine Injektionsinstruktion zu Hause beinhalten.
 * Mehr Informationen unter: <https://www.mediservice.ch/de/downloads/ph-care-msd.php>

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 der Ärztin/des Arztes (ohne Patientennamen) zu statistischen Zwecken, sowie im Falle von unerwünschten Ereignissen, an den Medikamentenhersteller übermittelt werden können.

Unterschrift der Ärztin/des Arztes

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

Datum, Stempel / Unterschrift

Kostengutsprache-Antrag

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

Kostengutsprache soll durch MediService eingeholt werden: MediService übernimmt die Einreichung des Kostengutsprachegegesuchs für Winrevair an die Krankenkasse. In diesem Fall bitte die nachfolgenden klinischen Informationen angeben.

Vor der Erstverschreibung* von Winrevair® zu erfüllende Einschlusskriterien:

- WHO-Funktionsklasse (FC) II bis III.
- PAH einer der folgenden Ätiologien: idiopathische und hereditäre PAH, PAH assoziiert mit einer Bindegewebserkrankung, medikamenten- oder toxininduzierte PAH oder PAH in Zusammenhang mit einem angeborenen Herzfehler mit reparierten Shunts.
- Patient erhält bereits für ≥ 4 Monate, mindestens eine duale Standardtherapie für PAH mit nachweislich unzureichender Wirksamkeit oder eine Monotherapie, bei nachgewiesener Unverträglichkeit gegen eine der Standardtherapien, mit nachweislich unzureichender Wirksamkeit.
- PVR (pulmonaler Gefässwiderstand) ≥ 5 WU (Wood-Einheiten)
- Verabreichung von WINREVAIR® gemäss Fachinformation.

Geplanter Therapiebeginn: _____

*Die Erstverschreibung erfolgt in einem Zentrum für pulmonale Hypertonie. Die Verordnung findet durch einen Facharzt / eine Fachärztin für Pneumologie oder Kardiologie FMH mit Erfahrung in Behandlung von pulmonaler arterieller Hypertonie (PAH) statt.

Wichtig

Die Ärztin/der Arzt bestätigt mit ihrer bzw. seiner Unterschrift folgendes:

- (1) dass die Ärztin/der Arzt die Patientin/den Patienten über den Einbezug der MediService AG im Rahmen des Kostengutspracheverfahrens informiert hat;
- (2) dass die Ärztin/der Arzt die Patientin/den Patienten auf die Datenschutzerklärung der MediService AG (abrufbar unter: <https://www.mediservice.ch/de/datenschutz.php>) hingewiesen hat;
- (3) dass die Ärztin/der Arzt der Patientin/dem Patienten erklärt hat, dass der Einbezug der MediService AG freiwillig ist; und
- (4) dass die Patientin/der Patient - nach erfolgter Aufklärung - in den Einbezug von MediService und in die Datenweitergabe zwischen der Ärztin/dem Arzt und der MediService AG und zwischen der MediService AG und dem Krankenversicherer ausdrücklich eingewilligt hat.

Im Übrigen bestätigt die Ärztin/der Arzt, selbst die Datenschutzerklärung der MediService AG (gleicher Link) zur Kenntnis genommen zu haben

Bitte senden Sie das unterschriebene Formular an contact@mediservice.ch oder via Fax an 032 686 20 30 .	<p>Unterschrift der Ärztin/des Arztes</p> <p>Datum, Stempel / Unterschrift</p>
--	--

Kostengutsprache-Antrag

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

Kostengutsprache soll durch MediService eingeholt werden: MediService übernimmt die Einreichung des Kostengutsprachegebuchs für Winrevair an die Krankenkasse. In diesem Fall bitte die nachfolgenden klinischen Informationen angeben.

Im Falle eines Folgeantrages* (12 Monate nach Erstgesuch):

- Erstgesuch war positiv
- Nachweisliche Verbesserung oder Stabilisierung von entweder:
 - der WHO-FC oder
 - des NT-proBNP und der 6MWD (6-Minuten-Gehstrecke)

Im Falle eines Folgeantrages* ab dem dritten Behandlungsjahr:

- Positive Beurteilung der klinischen Wirksamkeit durch einen Facharzt / Fachärztin für Pneumologie oder Kardiologie FMH

*Die Verordnung findet durch einen Facharzt / eine Fachärztin für Pneumologie oder Kardiologie FMH mit Erfahrung in Behandlung von pulmonaler arterieller Hypertonie (PAH) statt.

Wichtig

Die Ärztin/der Arzt bestätigt mit ihrer bzw. seiner Unterschrift folgendes:

- (1) dass die Ärztin/der Arzt die Patientin/den Patienten über den Einbezug der MediService AG im Rahmen des Kostengutspracheverfahrens informiert hat;
- (2) dass die Ärztin/der Arzt die Patientin/den Patienten auf die Datenschutzerklärung der MediService AG (abrufbar unter: <https://www.mediservice.ch/de/datenschutz.php>) hingewiesen hat;
- (3) dass die Ärztin/der Arzt der Patientin/dem Patienten erklärt hat, dass der Einbezug der MediService AG freiwillig ist; und
- (4) dass die Patientin/der Patient - nach erfolgter Aufklärung – in den Einbezug von MediService und in die Datenweitergabe zwischen der Ärztin/dem Arzt und der MediService AG und zwischen der MediService AG und dem Krankenversicherer ausdrücklich eingewilligt hat.

Im Übrigen bestätigt die Ärztin/der Arzt, selbst die Datenschutzerklärung der MediService AG (gleicher Link) zur Kenntnis genommen zu haben

Bitte senden Sie das unterschriebene Formular an contact@mediservice.ch oder via Fax an 032 686 20 30 .	<p>Unterschrift der Ärztin/des Arztes</p> <hr/> <p>Datum, Stempel / Unterschrift</p>
--	--