

Rezept

Arzt Daten (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

Medikament	Anzahl Packungen	Medikament	Anzahl Packungen
Fingolimod Viatrix	Kapseln 0.5 mg (28 Stk)	Glatiramyil	Inj Lös 20 mg/ml Fertigspritzen 1 ml (28 Stk)
	Kapseln 0.5 mg (98 Stk)		Inj Lös 40 mg/ml Fertigspritzen 1 ml (12 Stk)
			Injektionszubehör: Alkoholtupfer, Kompressen, Pflaster, Abwurfbehälter <input type="checkbox"/>

Dosierung _____

Rezept-Gültigkeit Einzelrezept Dauerrezept ____ Monate Repetitionen ____

Home Care Service

Fingolimod Viatrix: Um Ihre Patientin/Ihren Patienten im Umgang mit der Therapie zu unterstützen, wird eine spezialisierte MediService Pflegefachperson mit Ihrer Patientin/Ihrem Patienten Kontakt aufnehmen.

Glatiramyil: Die Ärztin / der Arzt wünscht die Injektionsschulung und Therapiebegleitung durch eine spezialisierte MediService Pflegefachperson: Ja Nein

Erstdosisüberwachung Fingolimod Viatrix® Die Ärztin / der Arzt wünscht eine Erstdosisüberwachung durch eine MediService Pflegefachperson: Ja Nein

Lieferadresse

Die 1. Lieferung von Fingolimod Viatrix® an den Patienten ist nur möglich, wenn der Patient ausdrücklich informiert wurde, dass die Ersteinnahme in Anwesenheit vom Arzt stattfinden soll

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 oder via Fax an 032 686 20 30 senden.

Unterschrift der Ärztin / des Arztes

 Datum, Stempel / Unterschrift