

Rezept

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

☐ **Ocrevus®** subkutan Inj Lös 920 mg / 23 ml Durchstechflasche (1 Stk) _____ **Anzahl Packungen**

Zubehör ☐ Anwendung per Pumpe: Aufziehnadel, Infusionsset, Medikamentenreservoir
Die zur Anwendung benötigte Pumpe wird von der MediService Pflegefachperson zur Verfügung gestellt.
☐ Manuelle Anwendung: Aufziehnadel, Infusionsset, Spritze

Dosierung ☐ 920 mg alle 6 Monate

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

Home Care Service Die Ärztin/der Arzt wünscht die Verabreichung durch eine MediService Pflegefachperson:
☐ Ja ☐ Nein

Zusätzlich benötigte Medikamente (Name, galenische Form, Stärke, Packungsgrösse)	Anzahl	Gültigkeit	Dosierung
☐ Medrol Tabl 100 mg (10 Stk)			
☐ Desloratadin Spirig HC Filmtabl 5 mg (10 Stk)			
☐ Dafalgan Filmtabl 1 g (16 Stk)			

Lieferadresse ☐ Spitalapotheke ☐ obige Arztadresse
☐ andere Lieferadresse (CH)

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.	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	