

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

Wainzua® Injektionslösung in einem Einmal-Fertigen _____ **Anzahl Packungen**
(Injektion) zur subkutanen Anwendung, 45 mg/0.8 ml (1 Stk)

Abwurfbehälter und Alkoholtupfer

Dosierung _____

Rezept-Gültigkeit Einzelrezept Dauerrezept ____ Monate Repetitionen ____

Kostengutsprache Wurde bereits eingeholt (bitte Kopie mitsenden)

Home Care Service*

AstraZeneca WAINZUA® Home Care Programm «Acapella»
Die Ärztin/der Arzt wünscht die Verabreichung und eine kontinuierliche Therapiebegleitung (Schulungen, Besuche, Video- und Telefonkontakte) durch eine spezialisierte MediService Pflegefachperson: Ja Nein

*MediService verpflichtet sich, alle Patientendaten streng vertraulich gemäss den aktuellen Schweizer Datenschutzbestimmungen zu behandeln. Vor Start der Therapiebegleitung wird eine schriftliche Patienteneinverständniserklärung durch MediService eingeholt.

Lieferadresse obige Patientenadresse obige Arztadresse
 andere Lieferadresse (CH) Spitalapotheke

Falls ein bestimmtes Lieferdatum gewünscht ist, bitte angeben. **Gewünschtes Datum erste Lieferung:** _____

Hinweis: Die Lieferung von Wainzua® erfolgt per Kurier nach Absprache mit MediService.

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.

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