

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

 Rystiggo® 140 mg/ml, Injektionslösung 2 ml

Anzahl Packungen _____

- Pumpe: Cane Crono S-PID 20 Mikrodosierpumpe
 Zubehör: Cane Cane Amp, VENOFIX SAFETY 25G
 Zusatzmaterial: Mini-Spike, Alkoholtupfer, Abwurfbehälter, Kompressen, Pflaster, Desinfektionsmittel

Dosierung _____

Rezept-Gültigkeit Einzelrezept Dauerrezept _____ Monate Repetitionen _____

Kostengutsprache Wurde bereits eingeholt (bitte Kopie mitsenden)

Home Care Service Die Ärztin/der Arzt wünscht die Verabreichung und eine kontinuierliche Therapiebegleitung (Schulungen, Besuche, Video- und Telefonkontakte) durch eine spezialisierte MediService Pflegefachperson:
 Ja Nein

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