Rezept

MediService by Redcare

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.:	E-Mail:
PLZ / Ort:	Krankenkasse:
Geburtsdatum:	Vers.-Nr.:
	Verfügungsnummer (IV):

☐ **IMULDOSA®** Inf Konz 130 mg/26ml Durchstf 26 ml (1 Stk)	_____ **Anzahl Packungen**
☐ **IMULDOSA®** Inj Lös 45 mg/0.5ml Fertspr 0.5 ml (1 Stk)	_____ **Anzahl Packungen**
☐ **IMULDOSA®** Inj Lös 90 mg/1ml Fertspr 1 ml (1 Stk)	_____ **Anzahl Packungen**
Subkutane Anwendung:	☐ Abwurfbehälter, Kompressen, Alkoholpads
Intravenöse Anwendung:	☐ Infusionsset Promedical (1 Stk) ☐ Inf. Filter Sterifix 0.2µm (1 Stk) ☐ NaCl 0.9% 250 ml (1 Stk)
Dosierung _____	
Rezept-Gültigkeit	☐ Einzelrezept ☐ Dauerrezept ____ Monate ☐ Repetitionen ____
Kostengutsprache	☐ Keine Kostengutsprache nötig (Indikation gemäss Spezialitätenliste) ☐ Wurde bereits eingeholt (bitte Kopie mitsenden) (Morbus Crohn: Intervallverkürzung auf 8 Wochen sowie Behandlungsdauer >1 Jahr benötigt eine Kostengutsprache. Keine neue Kostengutsprache erforderlich bei bestehender Bewilligung für Referenzpräparat oder Biosimilar.)
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.

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

02704

© MediService AG / Version: 26MSE0013DF_b