

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

☐ Stelara® Inj Lös 45 mg/0.5 ml Fertigspritze (1 Stk)	_____ Anzahl Packungen
☐ Stelara® Inj Lös 45 mg/0.5 ml Fertigpen (1 Stk)	_____ Anzahl Packungen
☐ Stelara® Inj Lös 45 mg/0.5 ml Durchstechflasche (1 Stk)	_____ Anzahl Packungen
☐ Stelara® Inj Lös 90 mg/ml Fertigspritze (1 Stk)	_____ Anzahl Packungen
☐ Stelara® Inj Lös 90 mg/ml Fertigpen (1 Stk)	_____ Anzahl Packungen
☐ Stelara® Inf Konz 130 mg/26 ml Durchstechflasche (1 Stk)	_____ Anzahl Packungen

Subkutane Anwendung: ☐ Abwurfbehälter, Kompressen, Alkoholpads	Für die Durchstechflasche: ☐ OMNIFIX-F Spritze 1 ml LS (100 Stk) ☐ Injektionskanülen 27G (100 Stk) ☐ Aufziehkanüle G1 (100 Stk)
--	---

Intravenöse Anwendung: ☐ Infusionsset Promedical (1 Stk) ☐ Inf. Filter Sterifix 0.2µm (1 Stk) ☐ NaCl 0.9% 250 ml (1 Stk)	_____ Anzahl Packungen _____ Anzahl Packungen _____ Anzahl Packungen
--	--

Dosierung _____	
Rezept-Gültigkeit	☐ Einzelrezept ☐ Dauerrezept _____ Monate ☐ Repetitionen _____
Kostengutsprache	☐ Keine Kostengutsprache nötig (Indikation gemäss Spezialitätenliste) ☐ Wurde bereits eingeholt (bitte Kopie mitsenden) (Morbus Crohn und Colitis ulcerosa: Intervallverkürzung auf 8 Wochen sowie Behandlungsdauer >1 Jahr benötigt eine Kostengutsprache.)
Home Care Service für die Indikation Colitis Ulcerosa	Die Ärztin/der Arzt wünscht die Injektionsschulung oder Infusionsdurchführung durch eine 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 _____ Datum, Stempel / Unterschrift
--	---

Haben Sie das Rezept unterschrieben? Bitte das Rezept an contact@mediservice.ch oder via Fax an **032 686 20 30** senden.