

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

☐ Dupixent® (Dupilumab) Fertigspritze Inj Lös 300mg/2ml (2 Stk)	_____ Anzahl Packungen
☐ Dupixent® (Dupilumab) Fertigpen Inj Lös 300mg/2ml (2 Stk)	_____ Anzahl Packungen
☐ Dupixent® (Dupilumab) Fertigspritze Inj Lös 200mg/1.14ml (2 Stk)	_____ Anzahl Packungen
☐ Dupixent® (Dupilumab) Fertigpen Inj Lös 200mg/1.14ml (2 Stk)	_____ Anzahl Packungen
☐ Soft Zellin Alkoholtupfer 60 x 30mm (100 Stk)	_____ Anzahl Packungen

Dosierung _____	
Rezept-Gültigkeit	☐ Einzelrezept ☐ Dauerrezept _____ Monate ☐ Repetitionen _____
Indikationscode	Bitte auswählen 
Indikation	☐ Atopische Dermatitis ☐ Asthma ☐ Chronische Rhinosinuitits mit Nasenpolypen ☐ Andre _____
Kostengutsprache	☐ Wurde bereits eingeholt (bitte Kopie mitsenden) ☐ Bei den Indikationen atopische Dermatitis, Asthma oder chronische Rhinosinuitis mit Nasenpolypen: Kostengutsprache soll durch MediService eingeholt werden. Sie erhalten das passende Kostengutspracheformular zugesendet, mit der Bitte, dieses ausgefüllt zu retournieren. (MediService übernimmt die Einreichung der Kostengutsprache an die Krankenkasse)
Home Care Service	Die Ärztin/der Arzt wünscht eine Dupixent Instruktion und anschliessende eine Therapiebegleitung 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
Haben Sie das Rezept unterschrieben? Bitte das Rezept an contact@mediservice.ch oder via Fax an 032 686 20 30 senden.		Datum, Stempel / Unterschrift