

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

☐ Ilaris® Durchstechflasche Injektionslösung 150 mg/ml à 1ml (1 Stk)	_____ Anzahl Packungen
☐ Ilaris® Injektionslösung 150 mg/ml Fertigpen 1ml (1Stk)	_____ Anzahl Packungen
☐ Injektionszubehör: Entsorgungsbox, Alkoholtupfer und Kompressen	
☐ Zusätzlich für die Durchstechflasche: Kanüle, Nadeln und Spritze	

Dosierung _____

Rezept-Gültigkeit ☐ Einzelrezept ☐ Dauerrezept _____ Monate ☐ Repetitionen _____

Indikationscode Bitte auswählen 

Kostengutsprache ☐ Wurde bereits eingeholt (bitte Kopie mitsenden)

Home Care Service Die Ärztin/der Arzt wünscht 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	