

Rezept / Anmeldung Heiminfusion

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

☐ Onpattro® (Patisiran) Inf Konz 10 mg/5 ml Durchstechflasche 5 ml (1 Stk)	_____ Anzahl Packungen
☐ NaCl Inf Lös 0.9% 100 ml	_____ Anzahl Packungen
☐ NaCl Inf Lös 0.9% 250 ml	_____ Anzahl Packungen
☐ Infusionszubehör: Infusionsset Promedical, steriler Behälter, 0.45-µm-Spritzenfilter, 1.2-µm-Inline-Infusionsfilter, Desinfektionsmittel, Tupfer, Pflaster, Abwurfbehälter.	

Dosierung: _____ mg **Gewicht des Patienten:** _____ kg

Die empfohlene Dosis Onpattro® beträgt 0.3 mg pro kg Körpergewicht und wird mittels intravenöser Infusion einmal alle 3 Wochen verabreicht. Die Dosierung basiert auf dem aktuellen Körpergewicht. Bei Patienten, die ≥ 100 kg wiegen, beträgt die empfohlene Maximaldosis 30 mg. Für aktuelle Informationen bitte stets die Fachinformation konsultieren.

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

Indikationscode Bitte auswählen ▼

Kostengutsprache ☐ Wurde bereits eingeholt (bitte Kopie mitsenden)

Infusionsservice Die Ärztin/der Arzt wünscht eine Heiminfusion durch eine MediService Pflegefachperson:
Möglich ab der 4. Infusion ☐ Ja ☐ Nein

Zusätzlich benötigte Medikamente (Name, galenische Form, Stärke, Packungsgrösse)	Anzahl Packungen	Gültigkeit	Dosierung
☐ Paracetamol Filmtabl ☐ 500 mg (20 Stk) ☐ 1 g (20 Stk)			
☐ Tavegyl® Inj Lös 2 mg/2 ml (5 x 2 ml)			
☐ EpiPen® Inj Lös 0.3 mg Fertiginjektor (2 Stk)			
☐ Dexamethason Zentiva Inj Lös 5 mg/ml (3 Stk)			

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	