

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

☐ Aspaveli® (Pegcetacoplan) Inf Konz 54 mg/ml 20 ml (8 Stk) + Applikationsset*	_____ Anzahl Packungen
☐ Mikrodosierungspumpe Crono S-PiD 20 ml (einmalig)	

*Nach Absprache mit dem Patienten wird zusätzlich ein individuelles Applikationsset abgegeben. Dieses enthält z.B. Spritzen, Vial Adapter, Infusionsset, Tuferspender, Desinfektionsmittel, Abwurfbehälter, Pflaster.

Dosierung	
Rezept-Gültigkeit	☐ Einzelrezept ☐ Dauerrezept _____ Monate ☐ Repetitionen _____
Indikationscode	☐ 21557.01 - paroxysmale nächtliche Hämoglobinurie (PNH) ☐ Anwendung im Rahmen KVV Art. 71
Indikation	☐ Paroxysmale nächtliche Hämoglobinurie ☐ C3-Glomerulopathie (C3G) oder primärer Immunkomplex-vermittelter membranproliferativer Glomerulonephritis (IC-MPGN)
Pumpenschulung	☐ Die Ärztin/der Arzt wünscht eine Instruktion des Patienten zur selbstständigen Infusionstherapie durch das MediService Home Care Team
Bei Erstverschreibung: Bestätigung der Impfung und/oder Antibiotikaprophylaxe	☐ Die Ärztin/der Arzt bestätigt, dass er die Patientin/den Patienten bzw. seine gesetzlichen Vertreter über die Behandlung mit Aspaveli aufgeklärt hat und vor Beginn der Behandlung alle erforderlichen Informationen, einschliesslich der Patientenkarte und des Patientenleitfadens, abgegeben wird. ☐ Die Ärztin/der Arzt bestätigt, dass die Patientin/der Patient in den letzten 2 Jahren gegen Streptococcus pneumoniae, Neisseria meningitidis Typ A, C, Y, W und Typ B sowie Haemophilus influenzae Typ B geimpft wurde oder prophylaktische Antibiotika gemäss den geltenden nationalen Richtlinien erhält. Der Ärztin/dem Arzt ist bekannt, dass die Impfung mindestens 2 Wochen vor der Verabreichung der ersten Aspaveli-Dosis erfolgt sein muss oder, falls eine sofortige Behandlung erforderlich ist (oder falls eine Impfung zum aktuellen Zeitpunkt nicht angezeigt ist), die Patientin/der Patient mindestens ab dem ersten Tag der Aspaveli-Behandlung und bis 2 Wochen nach der Impfung prophylaktische Antibiotika erhalten muss.
Kostengutsprache	☐ Wurde bereits eingeholt (bitte Kopie mitsenden)

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, 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