Rezept / Anmeldung Heiminjektion

MediService by Redcare

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

☐ **Amvuttra®** Inj Lös 25 mg / 0.5 ml Fertigspritze (1 Stk) _____ **Anzahl Packungen**

☐ Injektionszubehör: Alkoholtupfer, Kompressen, Abwurfbehälter

☐ Chrisana Vitamin A Tropfen 50 ml (1 Stk)* _____ **Anzahl Packungen**
*Hinweis: Nahrungsergänzungsmittel, Kosten zu Lasten des Patienten

Dosierung	Die empfohlene Dosis Amvuttra beträgt 25 mg, verabreicht als subkutane Injektion einmal alle 3 Monate. Vitamin A: 2500-3000 IE / Tag. Bei 800 IE / Tropfen werden 3 Tropfen pro Tag empfohlen. Für aktuelle Informationen bitte stets die Fachinformation konsultieren.
Rezept-Gültigkeit	☐ Einzelrezept ☐ Dauerrezept____ Monate ☐ Repetitionen ____
Indikationscode	☐ 21635.01 - ATTR-PN ☐ 21635.02 - ATTR-CM ☐ Anwendung im Rahmen KVV Art. 71
Kostengutsprache	☐ Wurde bereits eingeholt (bitte Kopie mitsenden) ☐ Kostengutsprache soll durch MediService eingeholt werden: MediService übernimmt die Einreichung des Kostengutsprachegesuchs an die Krankenkasse. Bitte füllen Sie die Angaben auf der 2. Seite aus.
Home Care Service	Die Ärztin/der Arzt wünscht die Heiminjektion und/oder die Schulung zur Selbstinjektion 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.

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

Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Datum, Stempel / Unterschrift

02546

© MediService AG / Version: 23MSE0028DFI_f

MediService AG | Ausserfeldweg 1 | 4528 Zuchwil | Telefon 032 686 20 20

Kostengutsprache-Antrag für die Therapiefortführung hATTR-PN Amvuttra®

MediService by Redcare

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

☐ **Amvuttra®** (Vutrisiran) Inj Lös 25mg / 0.5 ml Fertigspritze s.c. (1 Stk)

Seit wann wird der Patient mit Amvuttra® behandelt? Datum: _____ **Letzte Kontrolle**: _____ mm/yy

Indikation ☐ Hereditäre Transthyretin-Amyloidose mit Polyneuropathie

Indikationscode ☐ 21635.01 – hATTR-PN ☐ Anwendung im Rahmen KVV Art. 71

Referenzzentrum ☐ USZ ☐ Inselspital ☐ CHUV
Letzte Evaluation im Referenzzentrum (mindestens 1 x jährlich): _____

Für die Therapiefortführung mit Amvuttra® benötigte Dokumentation:

*NIS: Baseline **Letzte Kontrolle**: _____ **Aktuelle Kontrolle**: _____

*PND-Score (I / II / IIIa / IIIb / IV): Baseline_____ **Letzte Kontrolle**: _____ **Aktuelle Kontrolle**: _____

*NYHA Klasse: ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV

☐ Monotherapie

Registererfassung: ☐ Ja ☐ Patient hat keine Einwilligung gegeben

☐ Monotherapie (keine Kombination mit anderen ATTR-spezifischen Arzneimitteln)

Bemerkungen: _____

*Bei Patienten, die während den vorangegangenen 12 Monaten keine Verschlechterung in einem der Therapiestoppkriterien zeigten, kann von einer Evaluation alle 6 Monate abgesehen werden. Die Kostengutsprache ist jährlich zu erneuern.

Wichtig

Die Ärztin oder der Arzt bestätigt mit seiner bzw. ihrer Unterschrift Folgendes:
(1) dass die Ärztin/der Arzt die Patientin/den Patienten über den Einbezug der MediService AG im Rahmen des Kostengutspracheverfahrens informiert hat;
(2) dass die Ärztin/der Arzt die Patientin/den Patienten auf die Datenschutzerklärung der MediService AG (abrufbar unter: https://www.mediservice.ch/de/datenschutz.php) hingewiesen hat;
(3) dass die Ärztin/der Arzt der Patientin/dem Patienten erklärt hat, dass der Einbezug der MediService AG freiwillig ist; und
(4) dass die Patientin/der Patienten - nach erfolgter Aufklärung – in den Einbezug von MediService und in die Datenweitergabe zwischen der Ärztin oder dem Arzt und der MediService AG und zwischen der MediService AG und dem Krankenversicherer ausdrücklich eingewilligt hat.
Im Übrigen bestätigt die Ärztin oder der Arzt, selbst die Datenschutzerklärung der MediService AG (gleicher Link) zur Kenntnis genommen zu haben.

Bitte senden Sie das unterschriebene Formular an **contact@mediservice.ch** oder via Fax an **032 686 20 30**.	**Unterschrift der Ärztin/des Arztes** Datum, Stempel / Unterschrift

© MediService AG / Version: 26MSE0047DFI_a

MediService AG | Ausserfeldweg 1 | 4528 Zuchwil | Telefon 032 686 20 20