Rezept

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

Medikament	**Anzahl Packungen**		**Medikament**	**Anzahl Packungen**	
Hukyndra®	Inj Lös 40 mg/0.4ml Fertigpen 0.4 ml (1Stk)		**Movymia®**	Inj Lös 250 mcg/ml Patrone 2.4 ml (1Stk)	
	Inj Lös 40 mg/0.4ml Fertigpen 0.4 ml (2Stk)			Pen (1Stk)	
	Inj Lös 40 mg/0.4ml Fertigpen 0.4 ml (6Stk)			Injektionsnadeln (105Stk) ☐ 5 mm ☐ 8 mm	
	Inj Lös 40 mg/0.4ml Fertigspritze 0.4 ml (1Stk)		**Ustekinumab Spirig HC®**	Inj Lös 45 mg/0.5 ml Fertigspritze (1Stk)	
	Inj Lös 40 mg/0.4ml Fertigspritze 0.4 ml (2Stk)			Inj Lös 90 mg/1 ml Fertigspritze (1Stk)	
	Inj Lös 40 mg/0.4ml Fertigspritze 0.4 ml (6Stk)			Inf Konz 130 mg/26 ml Durchstechfl (1Stk) **nur Medikamentenlieferung**	
	Inj Lös 80 mg/0.8ml Fertigspritze 0.8 ml (1Stk)		**Injektions-zubehör**	Alkoholtupfer, Kompressen, Abwurfbehälter	☐
	Inj Lös 80 mg/0.8ml Fertigpen 0.8 ml (1Stk)				
	Inj Lös 80 mg/0.8ml Fertigpen 0.8 ml (3Stk)				

Dosierung _____

Rezept-Gültigkeit	☐ Einzelrezept ☐ Dauerrezept ____ Monate ☐ Repetitionen ____
Kostengutsprache	☐ Wurde bereits eingeholt (bitte Kopie mitsenden) ☐ Keine Kostengutsprache nötig (Indikation gemäss Spezialitätenliste) ***Ustekinumab Spirig HC®*** → *Morbus Crohn: Intervallverkürzung auf 8 Wochen sowie Behandlungsdauer >1 Jahr benötigt eine Kostengutsprache. Keine neue Kostengutsprache erforderlich bei bestehender Bewilligung für Referenzpräparat oder Biosimilar.*
Home Care Service (nur für die Injektion)	Die Ärztin/der Arzt wünscht eine kontinuierliche Therapiebegleitung (Schulungen, Besuche, Video- und Telefonkontakte) durch eine spezialisierte MediService Pflegefachperson: ☐ Ja ☐ Nein

02721

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

© MediService AG / Version: 26MSE0045DF_a