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.:	E-Mail:
PLZ / Ort:	Krankenkasse:
Geburtsdatum:	Vers.-Nr.:
	Verfügungsnummer (IV):

☐ **Hukyndra®** Inj Lös 40 mg/0.4ml Fertigpen 0.4 ml (1 Stk)	_____ **Anzahl Packungen**
☐ **Hukyndra®** Inj Lös 40 mg/0.4ml Fertigpen 0.4 ml (2 Stk)	_____ **Anzahl Packungen**
☐ **Hukyndra®** Inj Lös 40 mg/0.4ml Fertigpen 0.4 ml (6 Stk)	_____ **Anzahl Packungen**
☐ **Hukyndra®** Inj Lös 40 mg/0.4ml Fertigspritze 0.4 ml (1 Stk)	_____ **Anzahl Packungen**
☐ **Hukyndra®** Inj Lös 40 mg/0.4ml Fertigspritze 0.4 ml (2 Stk)	_____ **Anzahl Packungen**
☐ **Hukyndra®** Inj Lös 40 mg/0.4ml Fertigspritze 0.4 ml (6 Stk)	_____ **Anzahl Packungen**
☐ **Hukyndra®** Inj Lös 80 mg/0.8ml Fertigspritze 0.8 ml (1 Stk)	_____ **Anzahl Packungen**
☐ **Hukyndra®** Inj Lös 80 mg/0.8ml Fertigpen 0.8 ml (1 Stk)	_____ **Anzahl Packungen**
☐ **Hukyndra®** Inj Lös 80 mg/0.8ml Fertigpen 0.8 ml (3 Stk)	_____ **Anzahl Packungen**
Zubehör ☐ Abwurfbehälter, Kompressen, Alkoholpads	
Dosierung _____	
Rezept-Gültigkeit ☐ Einzelrezept ☐ Dauerrezept ____ Monate ☐ Repetitionen ____	
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.

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

02717

© MediService AG / Version: 26MSE0041DF_a