

Rezept

| | |
|---|---|
| Arztdaten (Praxisstempel) | |
| Vorname / Name | Tel. |
| Praxis / Klinik | ZSR / GLN Nr. |
| Strasse / Nr. | Fax |
| PLZ / Ort | E-Mail |
| Patientendaten (Patientenetikette) | Patientensprache <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> I |
| Vorname / Name | Tel. |
| Strasse / Nr. | Krankenkasse |
| PLZ / Ort | Vers.-Nr. |
| Geburtsdatum | E-Mail |

| | |
|--|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cuvitru® Injektionslösung 1 g / 5 ml Durchstechflasche | _____ Anzahl Packungen |
| <input type="checkbox"/> Cuvitru® Injektionslösung 2 g / 10 ml Durchstechflasche | _____ Anzahl Packungen |
| <input type="checkbox"/> Cuvitru® Injektionslösung 4 g / 20 ml Durchstechflasche | _____ Anzahl Packungen |
| <input type="checkbox"/> Cuvitru® Injektionslösung 8 g / 40 ml Durchstechflasche | _____ Anzahl Packungen |
| <input type="checkbox"/> Cuvitru® Injektionslösung 10 g / 50 ml Durchstechflasche | _____ Anzahl Packungen |

Dosierung _____

Zubehör

Infusionspumpe zur kontrollierten subkutanen Verabreichung von Immunglobulin.
 Folgende Materialien gehören zur Infusionstherapie: Medikamentenreservoir, Infusionsset, Desinfektionsmittel, Tupfer, Pflaster, Abwurfbehälter, Entnahmehilfe, Schutzhülle

Rezept-Gültigkeit Einzelrezept Dauerrezept _____ Monate Repetitionen _____

Kostengutsprache

Wurde bereits eingeholt (bitte Kopie mitsenden)
 Die Ärztin/der Arzt wünscht die Zusendung eines Gesuchsformulars für die Einreichung bei der Krankenkasse

| | |
|---|---|
| Home Care Service (inkl. Pumpenschulung) | <input type="checkbox"/> Die Ärztin/der Arzt wünscht eine Therapiebegleitung durch eine MediService Pflegefachperson, inkl. Instruktion des Patienten in die selbstständige Infusionstherapie |
| Gewünschter Instruktionort | <input type="checkbox"/> Klinik oder Praxis <input type="checkbox"/> Patientendomizil |
| Gewünschter Instruktionstermin | _____ Kalenderwoche |
| Falls bisher eine Therapie mit i.v. Immunglobulinen durchgeführt wurde, bitte angeben: | |
| Datum letzte i.v. Gabe: _____ | Grösse: _____ cm Gewicht: _____ kg |

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