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

☐ **Hizentra®** Inj Lös 1 g / 5 ml Durchstechfl 5 ml (1 Stk)	_____ **Anzahl Packungen**
☐ **Hizentra®** Inj Lös 2 g / 10 ml Durchstechfl 10 ml (1 Stk)	_____ **Anzahl Packungen**
☐ **Hizentra®** Inj Lös 4 g / 20 ml Durchstechfl 20 ml (1 Stk)	_____ **Anzahl Packungen**
☐ **Hizentra®** Inj Lös 10 g / 50 ml Durchstechfl 50 ml (1 Stk)	_____ **Anzahl Packungen**

Dosierung _____

Zubehör	☐ Infusionspumpe zur kontrollierten subkutanen Verabreichung von Immunglobulinen. ☐ 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)* ☐ Kostengutsprache soll durch MediService eingeholt werden: MediService übernimmt die Einreichung des Kostengutsprachegesuchs an die Krankenkasse. Bitte Indikation angeben: ☐ Primärer Immundefekt ☐ Sekundärer Immundefekt ☐ Chronische inflammatorische demyelinisierende Polyneuropathie ☐ Andere:_____
Home Care Service (inkl. Pumpenschulung)	☐ Die Ärztin/der Arzt wünscht eine Therapiebegleitung durch eine MediService Pflegefachperson, inkl. Instruktion des Patienten in die selbstständige Infusionstherapie Gewünschter Instruktionsort: ☐ Klinik oder Praxis ☐ Patientenadresse Gewünschter Instruktionstermin: _____Kalenderwoche Datum letzte i.v. Gabe: _____ (TT.MM.JJJJ) Angaben zu Patienten: 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

02356

© MediService AG / Version: 14ANDPHC09DF_g