

# Rezept

<b>Arztdaten (Praxisstempel)</b>	
Vorname / Name	Tel.
Praxis / Klinik	ZSR / GLN Nr.
Strasse / Nr.	Fax
PLZ / Ort	E-Mail
<b>Patientendaten (Patientenetikette)</b>	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"/> HyQvia® Inf Lös 2.5 g / 25 ml Dual Flaschen	_____ Anzahl Packungen
<input type="checkbox"/> HyQvia® Inf Lös 5 g / 50 ml Dual Flaschen	_____ Anzahl Packungen
<input type="checkbox"/> HyQvia® Inf Lös 10 g / 100 ml Dual Flaschen	_____ Anzahl Packungen
<input type="checkbox"/> HyQvia® Inf Lös 20 g / 200 ml Dual Flaschen	_____ Anzahl Packungen
<input type="checkbox"/> HyQvia® Inf Lös 30 g / 300 ml Dual Flaschen	_____ Anzahl Packungen

**Dosierung** \_\_\_\_\_

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

**Rezept-Gültigkeit**  Einzelrezept  Dauerrezept \_\_\_\_\_ Monate  Repetitionen \_\_\_\_\_

**Kostengutsprache**  Wurde bereits eingeholt (bitte Kopie mitsenden)  
 Der Arzt wünscht die Zusendung eines Gesuchsformulars für die Einreichung bei der Krankenkasse

<b>Home Care Service</b> (inkl. Pumpenschulung)	<input type="checkbox"/> Die Ärztin/der Arzt wünscht eine Therapiebegleitung durch eine MediService Pflegefachperson, inkl. Instruktion des Patienten in die selbstständige Infusionstherapie
<b>Gewünschter Instruktionsort</b>	<input type="checkbox"/> Klinik oder Praxis <input type="checkbox"/> Patientendomizil
<b>Gewünschter Instruktionstermin</b>	_____ Kalenderwoche
<b>Datum letzte i.v. Gabe, falls bereits eine Therapie mit i.v. Immunglobulinen erfolgt ist:</b> _____	
<b>Grösse:</b> _____ cm	<b>Gewicht:</b> _____ 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](mailto:contact@mediservice.ch) oder via Fax an **032 686 20 30** senden.

Datum, Stempel / Unterschrift