

Rezept

Arzt Daten (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

	Anz. Packungen		Anz. Packungen
<input type="checkbox"/> Adempas® Filmtabl 0.5 mg (42 Stk)		<input type="checkbox"/> Adempas® Filmtabl 2 mg (42 Stk)	
<input type="checkbox"/> Adempas® Filmtabl 1 mg (42 Stk)		<input type="checkbox"/> Adempas® Filmtabl 2 mg (84 Stk)	
<input type="checkbox"/> Adempas® Filmtabl 1.5 mg (42 Stk)		<input type="checkbox"/> Adempas® Filmtabl 2.5 mg (42 Stk)	
<input type="checkbox"/> Adempas® Filmtabl 1.5 mg (84 Stk)		<input type="checkbox"/> Adempas® Filmtabl 2.5 mg (84 Stk)	

Dosierung _____

Rezept-Gültigkeit Einzelrezept Dauerrezept _____ Monate Repetitionen _____

Kostengutsprache

Indikation pulmonale arterielle Hypertonie gemäss Fachinformation: *keine Kostengutsprache nötig*
 Indikation: inoperable CTEPH oder postoperative CTEPH:

Kostengutsprache wurde bereits eingeholt (bitte Kopie mitsenden)

Kostengutsprache soll durch MediService eingeholt werden (*MediService übernimmt die Erstellung und Einreichung des Kostengutsprache gesuchs an die Krankenkasse*)

Indikationsstellung erfolgte durch verschreibende Ärztin/verschreibenden Arzt

Indikationsstellung erfolgte durch die/den folgende/n qualifizierte/n Fachärztin/Facharzt Pneumologie/Kardiologie (Name/Ort der Fachärztin/des Facharztes): _____

Andere Indikation ausserhalb der Limitatio: Kostengutsprache wurde bereits eingeholt (bitte Kopie mitsenden)

Home Care Service Die Ärztin/der Arzt wünscht eine Therapiebegleitung durch eine MediService PH Nurse:
 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 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