Rezept

MEDISERVICE
Ihre Spezialapotheke

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

☐ **Cutaquig®** Injektionslösung 1 g / 6 ml Durchstechflasche 10 Stk	_____ **Anzahl Packungen + Applikationsset***
☐ **Cutaquig®** Injektionslösung 2 g / 12 ml Durchstechflasche ☐ 1 Stk ☐ 10 Stk	_____ **Anzahl Packungen + Applikationsset***
☐ **Cutaquig®** Injektionslösung 4 g / 24 ml Durchstechflasche 10 Stk	_____ **Anzahl Packungen + Applikationsset***
☐ **Cutaquig®** Injektionslösung 8 g / 48 ml Durchstechflasche 10 Stk	_____ **Anzahl Packungen + Applikationsset***

* Nach Absprache mit dem Patienten wird das Applikationsset individuell abgegeben und enthält z.B.: Crono Spritzen, Vial Adapter, Infusionssets Neria, Tupferspender (mit 150 Tupfern), Desinfektionsmittel, Abwurfbehälter, Pflaster.

Dosierung _____

Mikrodosierungspumpe Crono S-PiD	☐ 20ml ☐ 50ml (< 45ml / Woche) ☐ 100ml (> 45ml / Woche)
Rapid Push Applikation	☐ Benötigt keine Mikrodosierungspumpe; Applikation via Rapid Push
Rezept-Gültigkeit	☐ Einzelrezept | Dauerrezept _____ Monate ☐ Repetitionen _____
Kostengutsprache	☐ Wurde bereits eingeholt (bitte Kopie mitsenden)
Home Care Service (inkl. Pumpenschulung)	☐ Instruktion und Betreuung des Patienten in die selbstständige Infusionstherapie
Gewünschter Instruktionsort	☐ Klinik ☐ Patientendomizil
Gewünschter Instruktionstermin	☐ Kalenderwoche _____
Datum letzte i.v. Gabe: _____	**Grösse:** _____ **cm** **Gewicht:** _____ **kg**

Lieferadresse

☐ obige Patientenadresse ☐ obige Arztadresse
☐ andere Lieferadresse (CH)

_____

_____

_____

_____

Falls ein bestimmtes Lieferdatum gewünscht ist, bitte angeben. Lieferung am: _____

Wichtig
Die Ärztin / der Arzt bestätigt mit ihrer / seiner Unterschrift, dass die /der PatientIn 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.

Haben Sie das Rezept unterschrieben? Bitte das Rezept an **contact@mediservice.ch** oder via Fax an **032 686 20 30** senden.

Unterschrift des Arztes

Datum, Stempel / Unterschrift

02454

© MediService AG / Version: 22MSE0017DF_a