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

☐ **Dupixent®** (Dupilumab) Fertigspritze Inj Lös 300mg/2ml (2 Stk)	_____ **Anzahl Packungen**
☐ **Dupixent®** (Dupilumab) Fertigpen Inj Lös 300mg/2ml (2 Stk)	_____ **Anzahl Packungen**
☐ **Dupixent®** (Dupilumab) Fertigspritze Inj Lös 200mg/1.14ml (2 Stk)	_____ **Anzahl Packungen**
☐ **Dupixent®** (Dupilumab) Fertigpen Inj Lös 200mg/1.14ml (2 Stk)	_____ **Anzahl Packungen**
☐ Soft Zellin Alkoholtupfer 60 x 30mm (100 Stk)	_____ **Anzahl Packungen**

Dosierung _____

Rezept-Gültigkeit	☐ Einzelrezept ☐ Dauerrezept ____ Monate ☐ Repetitionen ____
Indikation	☐ Atopische Dermatitis ☐ Asthma ☐ Chronische Rhinosinusitits mit Nasenpolypen ☐ Andre_____
Kostengutsprache	☐ Wurde bereits eingeholt (bitte Kopie mitsenden) ☐ Bei den Indikationen atopische Dermatitis, Asthma oder chronische Rhinosinusitis mit Nasenpolypen: Kostengutsprache soll durch MediService eingeholt werden. Sie erhalten das passende Kostengutspracheformular zugesendet, mit der Bitte, dieses ausgefüllt zu retournieren. (MediService übernimmt die Einreichung der Kostengutsprache an die Krankenkasse)
Home Care Service	Die Ärztin/der Arzt wünscht eine Dupixent Instruktion und anschliessende eine Therapiebegleitung durch eine MediService Pflegefachperson: ☐ 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 der Ärztin/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 der Ärztin/des Arztes

Datum, Stempel / Unterschrift

02408

© MediService AG / Version: 17ANDPHC01DFI_h