

Rezept

bitte faxen an:
032 686 20 30

MEDI SERVICE

Ausserfeldweg 1
4528 Zuchwil
Telefon: 032 686 20 20
E-Mail: contact@mediservice.ch

Ihre Spezialapotheke

Arztdaten (evtl. Praxisstempel)	
Vorname, Name:	Tel.:
Praxis/Klinik:	ZSR:
Strasse/Nr.:	Fax:
PLZ/Ort:	E-Mail:
Patientendaten (evtl. 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:

02340

<input type="checkbox"/> Gammanorm® 2 g/ 12 ml Injektionslösung 1 Durchstechflasche	_____	Anzahl Packungen + Applikationsset*
<input type="checkbox"/> Gammanorm® 1 g/ 6 ml Injektionslösung 10 Durchstechflaschen	_____	Anzahl Packungen + Applikationsset*
<input type="checkbox"/> Gammanorm® 2 g/ 12 ml Injektionslösung 10 Durchstechflaschen	_____	Anzahl Packungen + Applikationsset*
<input type="checkbox"/> Gammanorm® 4 g/ 24 ml Injektionslösung 10 Durchstechflaschen	_____	Anzahl Packungen + Applikationsset*
<input type="checkbox"/> Gammanorm® 8 g/ 48 ml Injektionslösung 10 Durchstechflaschen	_____	Anzahl Packungen + Applikationsset*

* Nach Absprache mit dem Patienten wird das Applikationsset individuell abgegeben und enthält z.B.: Crono Spritzen, Infusionssets Neria, Katheter, Tupferspender, Entsorgungsbox.

Dosierung

Rezept - Gültigkeit	<input type="checkbox"/> Einzelrezept <input type="checkbox"/> Dauerrezept _____ Monate <input type="checkbox"/> Repetitionen _____
Mikrodosierungspumpe	<input type="checkbox"/> Mikrodosierungspumpe Crono S-PiD (20ml) <input type="checkbox"/> Mikrodosierungspumpe Crono S-PiD (50ml) <input type="checkbox"/> Mikrodosierungspumpe Crono S-PiD (100ml)
Rapid Push Applikation	<input type="checkbox"/> Benötigt keine Mikrodosierungspumpe; Applikation via Rapid Push
Therapiebegleitung	<input type="checkbox"/> Erstinstruktion: Schulung des Patienten in der subkutanen Anwendung von Gammanorm® <input type="checkbox"/> Folgeinstruktion: Besuch beim Patienten zu Hause zur Unterstützung bei der bereits bestehenden subkutanen Anwendung von Gammanorm®
Kostengutsprache	<input checked="" type="checkbox"/> Bitte Kostengutsprache faxen, sofern vorhanden.
Lieferadresse	<input type="checkbox"/> obige Patientenadresse _____ <input type="checkbox"/> obige Arztadresse _____ <input type="checkbox"/> andere Lieferadresse (CH) nebenstehend _____

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

Unterschrift des Arztes

Wichtig: Die Ärztin/der Arzt bestätigt mit seiner Unterschrift, dass die/der PatientIn der Rezeptübermittlung, Therapiebegleitung sowie dem Bezug über MediService zugestimmt hat und dass die Daten des Arztes (ohne Patientennamen) zu statistischen Zwecken sowie im Falle von unerwünschten Ereignissen an den Medikamentenhersteller übermittelt werden können.

Datum

Stempel / Unterschrift