

Rezept

bitte faxen an:
032 686 20 30

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:

- Hizentra® 1 g/5ml** Inj. Lös. zur s.c. Anwendung (200 mg/ml) _____ Anzahl Packungen + Applikationsset*
 Hizentra® 2 g/10ml Inj. Lös. zur s.c. Anwendung (200 mg/ml) _____ Anzahl Packungen + Applikationsset*
 Hizentra® 4 g/20ml Inj. Lös. zur s.c. Anwendung (200 mg/ml) _____ Anzahl Packungen + Applikationsset*
 Hizentra® 10 g/50ml Inj. Lös. zur s.c. Anwendung (200 mg/ml) _____ 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

Rezept - Gültigkeit Einzelrezept Dauerrezept _____ Monate Repetitionen _____

Zubehör Mikrodosierungspumpe Crono S-PiD 20 ml 50 ml (≤ 45ml / Woche)
 100 ml (> 45ml / Woche)

Therapiebegleitung (inkl. Pumpenschulung) Instruktion und Betreuung des Patienten in die selbständige Infusionstherapie
 Gewünschter Instruktionort: Klinik Patientendomizil
 Gewünschter Instruktionstermin Kalenderwoche: _____
 Datum letzte i.v. Gabe: _____ Grösse: _____ cm und Gewicht: _____ kg

Kostengutsprache Wurde bereits eingeholt (bitte eine Kopie an obige Nummer faxen)

<input type="checkbox"/> Kostengutsprache soll durch MediService eingeholt werden (Bitte Indikation ausfüllen). MediService übernimmt die Einreichung des Kostengutsprache gesuches an die Krankenkasse <input type="checkbox"/> Primäre Immundefizienz <input type="checkbox"/> Chronisch inflammatorische demyelinisierende Polyneuropathie (CIDP) <input type="checkbox"/> Myelom oder chronisch lymphatische Leukämie mit schwerer sekundärer Hypogammaglobulinämie und rezidivierenden Infektionen
--

Lieferadresse obige Patientenadresse _____
 obige Arztadresse _____
 andere Lieferadresse (CH) nebenstehend _____

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

Unterschrift des Arztes	
<p>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.</p>	
Datum	Stempel / Unterschrift