

Rezept

Arztdaten (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

<input type="checkbox"/> HyQvia® Inf Lös 2.5 g / 25 ml Dual Flaschen	_____ Anzahl Packungen + Applikationsset*
<input type="checkbox"/> HyQvia® Inf Lös 5 g / 50 ml Dual Flaschen	_____ Anzahl Packungen + Applikationsset*
<input type="checkbox"/> HyQvia® Inf Lös 10 g / 100 ml Dual Flaschen	_____ Anzahl Packungen + Applikationsset*
<input type="checkbox"/> HyQvia® Inf Lös 20 g / 200 ml Dual Flaschen	_____ Anzahl Packungen + Applikationsset*
<input type="checkbox"/> HyQvia® Inf Lös 30 g / 300 ml Dual Flaschen	_____ 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 _____

Zubehör Mikrodosierungspumpe Crono 50 ml 100 ml

Rezept-Gültigkeit Einzelrezept Dauerrezept _____ Monate Repetitionen _____

Kostengutsprache Wurde bereits eingeholt (bitte Kopie mitsenden)

Home Care Service (inkl. Pumpenschulung) Der Arzt wünscht eine Therapiebegleitung durch das MediService Home Care Team, inkl. Instruktion des Patienten in die selbstständige Infusionstherapie

Gewünschter Instruktionort Klinik Patientendomizil

Gewünschter Instruktionstermin _____ Kalenderwoche

Datum letzte i.v. Gabe, falls bereits eine Therapie mit i.v. Immunglobulinen erfolgt ist: _____

Grösse: _____ cm **Gewicht:** _____ kg

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 / 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.

Unterschrift 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