

# 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:

- Nucala**® Trockensub100 mg/ml (1 Stk) \_\_\_\_\_ Anzahl Packungen  
 **Nucala**® Inj Lös 100 mg/ml Fertigpen (1 Stk) \_\_\_\_\_ Anzahl Packungen  
 **Nucala**® Inj Lös 100 mg/ml Fertigspritze (1 Stk) \_\_\_\_\_ Anzahl Packungen

**Dosierung:** \_\_\_\_\_

**Rezept-Gültigkeit**  Einzelrezept  Dauerrezept \_\_\_\_\_ Monate  Repetitionen \_\_\_\_\_

**Therapiebegleitung**  Der Arzt wünscht Therapiebegleitung durch MediService Home Care Team im Rahmen des Patientenunterstützungsprogramms 'Asthma und Ich'.

**Kostengutsprache**  Liegt bereits vor ( *bitte Kostengutsprache an obige Nummer faxen*)  
 Kostengutsprache soll durch MediService eingeholt werden (Bitte unten ausfüllen).  
 MediService übernimmt die Einreichung des Kostengutsprache gesuches an die Krankenkasse.

Einsatz hochdosiertes ICS / LABA : Präparat: \_\_\_\_\_ Dosierung: \_\_\_\_\_

Behandlung mit systematischen Kortikosteroiden von mindestens 6 Monaten des letzten Jahres

Präparat: \_\_\_\_\_ Dosierung: \_\_\_\_\_

Anzahl klinisch relevanten Exazerbationen in den letzten 12 Monaten \_\_\_\_\_

In den letzten 12 Monaten: Eosinophilen Zahl \_\_\_\_\_ im Blut (G/L) Datum der Messung: \_\_\_\_\_

Ergänzung, Bemerkung: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Lieferadresse**  obige Patientenadresse \_\_\_\_\_  
 obige Arztadresse \_\_\_\_\_  
 andere Lieferadresse (CH) nebenstehend \_\_\_\_\_  
 Spitalapotheke 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