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

☐ **Ocrevus®** Inf Konz 300 mg / 10 ml Durchstechflasche (1 Stk)	_____ **Anzahl Packungen**
☐ NaCl Inf Lös 0.9 % 100 ml Plastikflasche mit Besteck (1 Stk)	_____ **Anzahl Packungen**
☐ NaCl Inf Lös 0.9 % 250 ml Plastikflasche mit Besteck (1 Stk)	_____ **Anzahl Packungen**
☐ NaCl Inf Lös 0.9 % 500 ml Plastikflasche mit Besteck (1 Stk)	_____ **Anzahl Packungen**
☐ Infusionszubehör: Infusionsset Promedical, Sterifix Infusionsfilter 0.2 µm, Tupfer, Pflaster, Abwurfbehälter	
Dosierung	☐ Erste Dosis Tag 1 und Tag 15 (je 300 mg Ocrevus an Tag 1 und Tag 15) ☐ Folgedosis alle 24 Wochen (2 x 300 mg Ocrevus)
Rezept-Gültigkeit	☐ Einzelrezept ☐ Dauerrezept____ Monate ☐ Repetitionen ____
Home Care Service	Die Ärztin/der Arzt wünscht die Verabreichung durch eine MediService Pflegefachperson: ☐ Ja ☐ Nein

Zusätzlich benötigte Medikamente (Name, galenische Form, Stärke, Packungsgrösse)	**Anzahl**	**Gültigkeit**	**Dosierung**
☐ Solu-Moderin Trockensub 125 mg c Solv Act O Vial (1 Stk)			
☐ Tavegyl Inj Lös 2 mg / 2 ml i.m. / i.v. Ampullen 2 ml (5 Stk)			
☐ Dafalgan Filmtabl 1 g (16 Stk)			
☐ Xyzal Filmtabl 5 mg (10 Stk)			

Lieferadresse

☐ Spitalapotheke ☐ obige Arztadresse
☐ andere Lieferadresse (CH)

_____

_____

_____

_____

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 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

02598

© MediService AG / Version: 24MSE0041DF_c