

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:	

Medikament	Anzahl Packungen	Medikament	Anzahl Packungen
BEOVU Inj Lös 6mg/0.05ml Fertigspr. 0.165ml		LUCENTIS Inj Lös Durchstfl. 2.3 mg / 0.23 ml	
EYLEA EYLEA Inj Lös 2 mg/0.05ml Durchstfl		LUCENTIS Inj Lös Fertigspr 1.65mg / 0.165ml	
Injektionsset (BD-Spritze 1ml + BD-Kanüle 0.3 x 13 mm)		OZURDEX intravitreales Implant in Applikator	

Rezeptgültigkeit: Einzelrezept Dauerrezept ____ Monate Rep ____ mal

Information zur Einholung der Kostengutsprache, sofern notwendig ***Kein Kostengutsprache-Service für BEOVU***	
Kostengutsprache	<input type="checkbox"/> Wurde bereits eingeholt (<i>bitte eine Kopie an obige Nummer faxen</i>) <input type="checkbox"/> Kostengutsprache soll durch MediService eingeholt werden (<i>MediService übernimmt Erstellung und Einreichung der Kostengutsprache an die Krankenkasse</i>)
Betroffenes Auge	<input type="checkbox"/> Rechtes Auge <input type="checkbox"/> Linkes Auge <input type="checkbox"/> Beide Augen

Indikation		
Lucentis	Eylea	Ozurdex
<input type="checkbox"/> Feuchte AMD	<input type="checkbox"/> Feuchte AMD	<input type="checkbox"/> Retinaler Venenastverschluss (VAV)
<input type="checkbox"/> Diabetisches Makulaödem (DME)	<input type="checkbox"/> Diabetisches Makulaödem (DME)	<input type="checkbox"/> Retinaler Zentralvenenverschluss (ZVV)
<input type="checkbox"/> Retinaler Venenverschluss (BRVO und CRVO)	<input type="checkbox"/> Retinaler Zentralvenenverschluss (CRVO)	<input type="checkbox"/> Nichtinfektiöse Uveitis des posterioren Segments des Auges
<input type="checkbox"/> Myope CNV	<input type="checkbox"/> Retinaler Venenastverschlusses (BRVO).	<input type="checkbox"/> Diabetisches Makulaödem (DME)
<input type="checkbox"/> Sonstige Indikationen:		

Bisherige Behandlung und Krankheitsverlauf _____

Lieferadresse

obige Arztadresse _____

andere Lieferadresse (CH) nebenstehend _____

Spitalapotheke (nebenstehend) _____

Falls ein bestimmtes Lieferdatum gewünscht ist, bitte angeben. _____

Unterschrift des Arztes	
<p>Wichtig: Die Ärztin/der Arzt bestätigt mit seiner Unterschrift, dass die/der Patientin der Rezeptübermittlung 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