



# Rezept

Bitte das Rezept an die folgende Nummer faxen:

**032 686 28 05**  
Spezialapotheke MediService

**MEDI SERVICE**  
Ihre Spezialapotheke

Ausserfeldweg 1  
4528 Zuchwil  
Gratistelefon 0800 220 222  
Email: pharmacare@mediservice.ch

Arztdaten / Praxisstempel			
Dr. med.	_____	Tel.	_____
	_____	KSK-Nr./EAN	_____
Strasse/Nr.	_____	Fax	_____
PLZ/Ort	_____	Email	_____

  

Patientendaten / Patientenetikette			
Name, Vorname	_____	Tel.	_____
Strasse/Nr.	_____	Sprache	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> I
PLZ/Ort	_____	Krankenkasse	_____
Geburtsdatum	_____	Vers.-Nr.	_____

PRIVIGEN Inf Lös 2.5 g/25ml i.v. \_\_\_\_\_ Anzahl Packungen  
PRIVIGEN Inf Lös 5 g/50ml i.v. \_\_\_\_\_ Anzahl Packungen  
PRIVIGEN Inf Lös 10 g/100ml i.v. \_\_\_\_\_ Anzahl Packungen  
PRIVIGEN Inf Lös 20 g/200ml i.v. \_\_\_\_\_ Anzahl Packungen  
PRIVIGEN Inf Lös 40 g/400ml i.v. \_\_\_\_\_ Anzahl Packungen

Dosierung (g/kg KG) \_\_\_\_\_ Gesamtdosis (g) \_\_\_\_\_

Infusionen verteilt auf  1 Tag  2 Tage  3 Tage  4 Tage  5 Tage

NaCl Inj Lös 0.9 % 500ml \_\_\_\_\_ Anzahl Packungen

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

Indikation  Verschreibung innerhalb der SL  
 Verschreibung ausserhalb der SL (bitte eine Kopie der Kostengutsprache an die obige Nummer faxen)

Infusion  Arzt wünscht die Infusionsdurchführung durch das MediService Home Care Team

Lieferung am \_\_\_\_\_ (Die Auslieferung erfolgt nach telefonischer Lieferterminbestätigung.)

Lieferadresse  obige Arztadresse \_\_\_\_\_  
 andere Lieferadresse (nebenstehend) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Unterschrift des Arztes	
Datum	Stempel/Unterschrift

**Wichtig:**  
Der Patient hat dem Bezug über MediService, der Rezeptübermittlung per Fax und der Infusionsdurchführung durch das MediService Home Care Team zugestimmt (bitte mit Arztunterschrift bestätigen).