Rezept

bitte faxen an:

032 686 28 05

MEDI SERVICE
Ihre Spezialapotheke

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

Arztdaten (evtl. Praxisstempel)	
Vorname, Name:	Tel.:
Praxis/Klinik:	ZSR:
Strasse/Nr.:	Fax:
PLZ/Ort:	Email:
Patientendaten (evtl. Patientenetikette)	
Vorname, Name:	Tel.:
Strasse/Nr.:	Sprache: ❑ D ❑ F ❑ I
PLZ/Ort:	Krankenkasse:
Geburtsdatum:	Vers.-Nr.:

Aktionscode

Tracleer® (Bosentan)

Tracleer kann zu Leberfunktionsstörungen oder Missbildungen am Ungeborenen führen. Leberfunktionstests müssen deshalb vor Therapiebeginn und monatlich während der Therapie durchgeführt werden. Bei Patientinnen im gebärfähigen Alter wird ein Schwangerschaftstest vor Therapiebeginn empfohlen sowie eine Anpassung der Kontrazeption.

❑ Leberfunktionstest vor und monatlich während der Behandlung durchgeführt
❑ Schwangerschaftstest vor der Behandlung durchgeführt

Flaschen Verpackung		**Blister Verpackung**	
Tracleer® 62.5 mg (56 Tabl.)	..... (Anzahl Packungen)	**Tracleer®** 62.5 mg (56 Tabl.)	..... (Anzahl Packungen)
Tracleer® 125 mg (56 Tabl.)	..... (Anzahl Packungen)	**Tracleer®** 125 mg (56 Tabl.)	..... (Anzahl Packungen)
		Tracleer® 32 mg (56 disp. Tabl.) Kinderformulierung	..... (Anzahl Packungen)

Dosierung	.....
Rezept Gültigkeit	❑ Einzelrezept ❑ Dauerrezept ..... Monate ❑ Repetitionen .....
Indikation gemäss Swissmedic (*keine Kostengutsprache nötig*)	❑ Digitale Ulzerationen aufgrund einer Sklerodermie (DU-SSc) ❑ Pulmonale Arterielle Hypertonie (PAH)
Off Label Indikation	.....
Rückvergütung der Off-Label Indikation	❑ Kostengutsprache liegt bereits vor (*bitte Kostengutsprache an obige Nummer faxen*) ❑ Kostengutsprache soll durch MediService eingeholt werden (*MediService übernimmt Erstellung und Einreichung der Kostengutsprache an die Krankenkasse*)

Lieferadresse

❑ Obige Patientenadresse
❑ Obige Arztadresse
❑ Andere Lieferadresse (CH) nebenstehend

Falls ein bestimmtes Lieferdatum gewünscht ist, bitte angeben. Lieferung am: _____

Unterschrift des Arztes

Wichtig: Der Patient hat dem Bezug über MediService und der Rezeptübermittlung per Fax zugestimmt (bitte mit Arztunterschrift bestätigen).

Datum Stempel / Unterschrift

16ANDPHC23DF_b

© MediService AG