

Rezept

Arztdaten (Praxisstempel)

Vorname / Name	Tel.
Praxis / Klinik	ZSR / GLN Nr.
Strasse / Nr.	Fax
PLZ / Ort	E-Mail

Patientendaten (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

<input type="checkbox"/> Actemra® Inj Lös 162 mg/0.9 ml Fertigspritzen (4 Stk)	_____ Anzahl Packungen
<input type="checkbox"/> Actemra® Inj Lös 162 mg/0.9 ml Fertigpen (4 Stk)	_____ Anzahl Packungen
<input type="checkbox"/> Actemra® Inf Konz 80 mg/4 ml Durchstechflasche 4 ml (1 Stk)	_____ Anzahl Packungen
<input type="checkbox"/> Actemra® Inf Konz 200 mg/10 ml Durchstechflasche 10 ml (1 Stk)	_____ Anzahl Packungen
<input type="checkbox"/> Actemra® Inf Konz 400 mg/20 ml Durchstechflasche 20 ml (1 Stk)	_____ Anzahl Packungen
<input type="checkbox"/> NaCL 0.9 % 100ml PPF inkl. Besteck (1 Stk)	_____ Anzahl Packungen
<input type="checkbox"/> Infusionsset Promedical (1 Stk)	_____ Anzahl Packungen

Dosierung _____

Rezept-Gültigkeit Einzelrezept Dauerrezept _____ Monate Repetitionen _____

Kostengutsprache Wurde bereits eingeholt (bitte Kopie mitsenden)

Home Care Service Die Ärztin/der Arzt wünscht die Injektionsschulung oder Infusionsdurchführung durch eine MediService Pflegefachperson: Ja Nein

Lieferadresse obige Patientenadresse obige Arztadresse
 andere Lieferadresse (CH) Spitalapotheke

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