Rezept / Anmeldung Heiminjektion

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

☐ **Amvuttra®** Inj Lös 25 mg / 0.5 ml Fertigspritze (1 Stk) _____ **Anzahl Packungen**

☐ Injektionszubehör: Alkoholtupfer, Kompressen, Abwurfbehälter

Dosierung	Die empfohlene Dosis Amvuttra beträgt 25 mg, verabreicht als subkutane Injektion einmal alle 3 Monate. Für aktuelle Informationen bitte stets die Fachinformation konsultieren.
Rezept-Gültigkeit	☐ Einzelrezept ☐ Dauerrezept____ Monate ☐ Repetitionen ____
Kostengutsprache	☐ Wurde bereits eingeholt (bitte Kopie mitsenden)
Home Care Service	Die Ärztin/der Arzt wünscht die Heiminjektion durch eine MediService Pflegefachperson: ☐ Ja ☐ Nein Heiminjektionen sind ab der 2. Injektion möglich.

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

02546

© MediService AG / Version: 23MSE0028DF_b