

# Rezept / Anmeldung Heiminjektion

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

**Amvutra®** Inj Lös 25 mg / 0.5 ml Fertigspritze (1 Stk) \_\_\_\_\_ **Anzahl Packungen**

Injektionszubehör: Alkoholtupfer, Kompressen, Abwurfbehälter

**Dosierung** Die empfohlene Dosis Amvutra 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)

**Injektionsservice** Der Arzt / die Ärztin 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 / der PatientIn 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](mailto:contact@mediservice.ch) oder via Fax an **032 686 20 30** senden.

**Unterschrift des Arztes**

Datum, Stempel / Unterschrift