

Rezept

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

☐ Entyvio® subkutan Inj Lös 108 mg/0.68 ml Fertigspritze (1 Stk)	_____ Anzahl Packungen
☐ Entyvio® subkutan Inj Lös 108 mg/0.68 ml Fertigpen (1 Stk)	_____ Anzahl Packungen
☐ Entyvio® Trockensub 300 mg Durchstechflasche (1 Stk)	_____ Anzahl Packungen
☐ NaCl 0.9% 250 ml (1 Stk)	_____ Anzahl Packungen
☐ NaCl 0.9% 100 ml Inkl. Besteck (1 Stk)	_____ Anzahl Packungen
☐ Aqua ad inj. 10 ml (OP à 20 Stk)	_____ Anzahl Packungen
☐ Infusionsset Promedical (1 Stk)	_____ Anzahl Packungen

Dosierung _____

Rezept-Gültigkeit ☐ Einzelrezept ☐ Dauerrezept _____ Monate ☐ Repetitionen _____

Kostengutsprache
☐ Keine Kostengutsprache notwendig
☐ Wurde bereits eingeholt (bitte Kopie mitsenden)
Notwendig bei Verkürzung von Dosisintervall auf 4 Wochen, bei Weiterbehandlung nach 1 Jahr oder bei Off SL Indikationen

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 der Ärztin/des Arztes (ohne Patientennamen) zu statistischen Zwecken sowie im Falle von unerwünschten Ereignissen an den Medikamentenhersteller übermittelt werden können.	Unterschrift der Ärztin/des Arztes Haben Sie das Rezept unterschrieben? Bitte das Rezept an contact@mediservice.ch oder via Fax an 032 686 20 30 senden.
Datum, Stempel / Unterschrift	