

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

Givlaari® Inj Lös 189 mg/ml Durchstechflasche 1 ml (1 Stk) _____ **Anzahl Packungen**

Injektionszubehör: Spritze inkl. Kanüle 26G, Nadel 18G, Alkoholtupfer, Kompressen, Abwurfbehälter

Dosierung: _____ mg **Gewicht des Patienten:** _____ kg

Die empfohlene Dosis von Givlaari® beträgt 2.5 mg pro kg einmal monatlich, verabreicht als subkutane Injektion. Die Dosierung richtet sich nach dem tatsächlichen Körpergewicht.
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 Injektion am Patientendomizil durch eine MediService Pflegefachperson: Ja Nein
Die Injektionen am Patientendomizil sind ab dem 2. Therapiejahr 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.

Unterschrift 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