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

☐ **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)

Home Care Service
Die Ärztin/der Arzt 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 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.

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

© MediService AG / Version: 20REZBUS002DF_d

02355