

Rezept

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

<input type="checkbox"/> Hemlibra® Inj Lös 12 mg/0.4 ml s.c. Durchstechflasche (1 Stk)	_____ Anzahl Packungen
<input type="checkbox"/> Hemlibra® Inj Lös 30 mg/ml s.c. Durchstechflasche (1 Stk)	_____ Anzahl Packungen
<input type="checkbox"/> Hemlibra® Inj Lös 60 mg/0.4 ml s.c. Durchstechflasche (1 Stk)	_____ Anzahl Packungen
<input type="checkbox"/> Hemlibra® Inj Lös 105 mg/0.7 ml s.c. Durchstechflasche (1 Stk)	_____ Anzahl Packungen
<input type="checkbox"/> Hemlibra® Inj Lös 150 mg/ml s.c. Durchstechflasche (1 Stk)	_____ Anzahl Packungen
<input type="checkbox"/> Hemlibra® Inj Lös 300 mg/2 ml s.c. Durchstechflasche (1 Stk)	_____ Anzahl Packungen
<input type="checkbox"/> Injektionskit Convenience Kit (1 Stk)	_____ Anzahl Packungen
<input type="checkbox"/> Alkoholtupfer (100 Stk)	_____ Anzahl Packungen
<input type="checkbox"/> Trockentupfer (70 x 2 Stk)	_____ Anzahl Packungen
<input type="checkbox"/> Injektionspflaster (100 Stk)	_____ Anzahl Packungen

Dosierung _____

Rezept-Gültigkeit Einzelrezept Dauerrezept _____ Monate Repetitionen _____

Kostengutsprache Wurde bereits eingeholt (bitte Kopie mitsenden)

Home Care Service Die Ärztin/der Arzt wünscht **keine** Therapiebegleitung durch das MediService Home Care Team.
Die Therapiebegleitung beinhaltet u.a. die persönliche Schulung zur Selbstinjektion durch eine spezialisierte Pflegefachperson von MediService.

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.

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