

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"/> Inflectra® Trockensub 100 mg Durchstechflasche (1 Stk) | _____ Anzahl Packungen |
| <input type="checkbox"/> NaCl 0.9% 250 ml (1 Stk) | _____ Anzahl Packungen |
| <input type="checkbox"/> Aqua ad inj. 10 ml (OP à 20 Stk) | _____ Anzahl Packungen |
| <input type="checkbox"/> Infusionsset Promedical (1 Stk) | _____ Anzahl Packungen |
| <input type="checkbox"/> Inf. Filter Intrapur Lipid 1.2 µm (1 Stk) | _____ Anzahl Packungen |

Dosierung _____

Rezept-Gültigkeit Einzelrezept Dauerrezept _____ Monate Repetitionen _____

Kostengutsprache Wurde bereits eingeholt (bitte Kopie mitsenden)

Der Arzt wünscht die Infusionsdurchführung durch eine MediService Pflegefachperson

Infusionsdurchführung in der Praxis
 beim Patienten zu Hause (die initialen 3 Infusionen müssen in der Praxis / im Spital durchgeführt werden)

Lieferadresse

obige Patientenadresse obige Arztadresse
 andere Lieferadresse (CH) Spitalapotheke

Falls ein bestimmtes Lieferdatum gewünscht ist, bitte angeben. Lieferung am: _____

| | |
|---|--|
| <p>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.</p> <p>Haben Sie das Rezept unterschrieben? Bitte das Rezept an contact@mediservice.ch oder via Fax an 032 686 20 30 senden.</p> | <p>Unterschrift des Arztes</p> <p>_____ Datum, Stempel / Unterschrift</p> |
|---|--|