Rezept / Anmeldung Heiminfusion

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

☐ **Onpattro® (Patisiran)** Inf Konz 10 mg/5 ml Durchstechflasche 5 ml (1 Stk)	_____ **Anzahl Packungen**
☐ NaCl Inf Lös 0.9% 100 ml	_____ **Anzahl Packungen**
☐ NaCl Inf Lös 0.9% 250 ml	_____ **Anzahl Packungen**
☐ Infusionszubehör: Infusionsset Promedical, steriler Behälter, 0.45-µm-Spritzenfilter, 1.2-µm-Inline-Infusionsfilter, Desinfektionsmittel, Tupfer, Pflaster, Abwurfbehälter.	

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

Die empfohlene Dosis Onpattro® beträgt 0.3 mg pro kg Körpergewicht und wird mittels intravenöser Infusion einmal alle 3 Wochen verabreicht. Die Dosierung basiert auf dem aktuellen Körpergewicht. Bei Patienten, die ≥ 100 kg wiegen, beträgt die empfohlene Maximaldosis 30 mg. Für aktuelle Informationen bitte stets die Fachinformation konsultieren.

Rezept-Gültigkeit	☐ Einzelrezept ☐ Dauerrezept ____ Monate ☐ Repetitionen ____
Kostengutsprache	☐ Wurde bereits eingeholt (bitte Kopie mitsenden)
Infusionsservice Möglich ab der 4. Infusion	Die Ärztin/der Arzt wünscht eine Heiminfusion durch eine MediService Pflegefachperson: ☐ Ja ☐ Nein

Zusätzlich benötigte Medikamente (Name, galenische Form, Stärke, Packungsgrösse)	**Anzahl Packungen**	**Gültigkeit**	**Dosierung**
☐ Paracetamol Filmtabl ☐ 500 mg (20 Stk) ☐ 1 g (20 Stk)			
☐ **Tavegyl®** Inj Lös 2 mg/2 ml (5 x 2 ml)			
☐ **EpiPen®** Inj Lös 0.3 mg Fertiginjektor (2 Stk)			
☐ Dexamethason Zentiva Inj Lös 5 mg/ml (3 Stk)			

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

02255

© MediService AG / Version: 18ANDPHC008DF_d