Rezept

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

☐ **Remodulin®** (Treprostinil) Inf Lös 1 mg/ml Durchstechflasche 20 ml (1 Stk)	_____ **Anzahl Packungen**
☐ **Remodulin®** (Treprostinil) Inf Lös 2.5 mg/ml Durchstechflasche 20 ml (1 Stk)	_____ **Anzahl Packungen**
☐ **Remodulin®** (Treprostinil) Inf Lös 5 mg/ml Durchstechflasche 20 ml (1 Stk)	_____ **Anzahl Packungen**
☐ **Remodulin®** (Treprostinil) Inf Lös 10 mg/ml Durchstechflasche 20 ml (1 Stk)	_____ **Anzahl Packungen**
Pumpen	☐ Lenus pro Pumpe normales Septum (i.v.) ☐ I-JET Subkutan Pumpe (s.c.) ☐ Lenus pro Pumpe prominentes Septum (i.v.) ☐ I-JET Subkutan Pumpe Tragtasche

Infusionszubehör	**Anz. Packungen**	**Infusionszubehör**	**Anz. Packungen**
Spritzen für I-JET Pumpe 20 Stk		Neria Guard Infusionsset 27G 6 mm 60 cm 10 Stk	
DUO Auffüllset Lenus Pro 1 Stk		Cleo 90 Infusionsset 6 mm 60 cm 10 Stk	

Nach Absprache mit dem Patienten wird ein individuelles Applikationsset abgegeben. Dieses umfasst z.B. Desinfektionsmittel, Alkoholtupfer, Gaze, Duschfolie, Seidenpflaster.

Dosierung _____

Rezept-Gültigkeit	☐ Einzelrezept ☐ Dauerrezept _____ Monate ☐ Repetitionen _____
Kostengutsprache	☐ Keine Kostengutsprache notwendig ☐ Wurde bereits eingeholt (bitte Kopie mitsenden)
Home Care Service	Die Ärztin/der Arzt wünscht eine Therapiebegleitung durch eine MediService Pflegefachperson: ☐ Ja ☐ Nein
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

02462

© MediService AG / Version: 22MSE0029DF_d