## Rezept



Arztdaten (Praxisstempel)			
Vorname / Name		Tel.	
Praxis / Klinik		ZSR / GLN Nr.	
Strasse / Nr.		Fax	
PLZ / Ort		E-Mail	
		Patientensprache   D  F  I	
Vorname / Name		Tel.	
Strasse / Nr.		Krankenkasse	
PLZ / Ort		VersNr.	
Geburtsdatum		E-Mail	
□ Remsima® Trockensub 100 mg Durchstechflasche (1 Stk)Anzahl Packungen			
□ Solu-Cortef® Trockensub 100 mg c Solv 2 ml Act-O-Vial (1 Stk)			nzahl Packungen
☐ Infusionsset Promedical (1 Stk)			nzahl Packungen
□ Intrapur Lipid Filter 1.2 μm (1 Stk)			nzahl Packungen
□ NaCl 0.9% 250 ml (1 Stk)			nzahl Packungen
☐ Aqua ad inj. 10 ml (OP à 20 Stk)			nzahl Packungen
Dosierung			
Rezept-Gültigkeit	☐ Einzelrezept ☐ Dauerrezept	Monate	
Kostengutsprache	$\square$ Wurde bereits eingeholt (bitte Kopie mitsenden)		
	Die Ärztin/der Arzt wünscht die Infusionsdurchführung durch eine MediService Pflegefachperson:		
Home Care Service	<ul><li>☐ in der Praxis</li><li>☐ beim Patienten zu Hause (die initiale</li></ul>	en 3 Infusionen müssen in der Praxis / im Spital c	durchgeführt werden)
Lieferadresse	□ obige Patientenadresse (0	<del>-</del>	
	<del></del>		
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 vor unerwünschten Ereignissen an den Medikamentenhersteller übermittelt werden können.		e dem Be- · Ärztin/des n Falle von	Arztes
Haben Sie das Rezept unterschrieben? Bitte das Rezept an contact@mediservice.ch oder via Fax an 032 686 20 30 senden.		n. Datum, Stempel / Unterschrift	