Rezept

MEDISERVICE
Ihre Spezialapotheke

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

☐ **Inflectra®** Trockensub 100 mg Durchstechflasche (1 Stk) _____ **Anzahl Packungen**

☐ Infusionsset Braun Infusions Kit MSD (1 Stk) _____ **Anzahl Packungen**

☐ Intrapur Lipid Infusionsfilter 1.2 µm (1 Stk) _____ **Anzahl Packungen**

☐ NaCl Braun 0.9 % 250 ml Ecoflac (1 Stk) _____ **Anzahl Packungen**

☐ Aqua ad inject. Braun Miniplasco 10 ml Ampullen (20 Stk) _____ **Anzahl Packungen**

Dosierung _____

Rezept-Gültigkeit ☐ Einzelrezept ☐ Dauerrezept _____ Monate ☐ Repetitionen _____

Kostengutsprache ☐ Wurde bereits eingeholt *(bitte Kopie mitsenden)*

Home Care Service

Der Arzt wünscht die Infusionsdurchführung durch das MediService Home Care Team

☐ 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: _____

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.

Haben Sie das Rezept unterschrieben? Bitte das Rezept an **contact@mediservice.ch** oder via Fax an **032 686 20 30** senden.

Unterschrift des Arztes

Datum, Stempel / Unterschrift

02207

© MediService AG / Version: 17ANDPHC07DF_b